

## Anmeldung Pflegezentrum

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege (AÜP) | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege                  | <input type="checkbox"/> Demenzabteilung    |
| <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt<br>Dauer.....  | <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer                    | <input type="checkbox"/> Zweierzimmer       |

Grundtaxen pro Tag	Hotellerie Einzelzimmer	CHF	155.00
	Hotellerie Zweierzimmer	CHF	145.00
	Betreuung / nicht KVG-pflichtig	CHF	58.00
	Zuschlag Kurzzeitpflege/Ferienaufenthalt (ausser bei AÜP)	CHF	20.00
	Selbstbehalt Pflegekosten (ausser bei AÜP)	CHF	23.00
Einmalige Leistungen (bei AÜP Abbruch fällig)	Eintrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	500.00
	Austrittspauschale (ausser bei AÜP)	CHF	500.00
Depotleistung	Kurzzeitpflege	CHF	10000.00
	Langzeitpflege	CHF	12000.00
	Wechsel KZP zu LZP	CHF	2000.00
Zuschläge	Demenzkrankung/Tag	<input type="checkbox"/> CHF 12.00	<input type="checkbox"/> CHF 29.00
	Gerontopsychiatrie/Tag		CHF 17.00
	Erhöhter Pflegebedarf nach RAI-Einstufung/Tag		CHF 12.00

### Personalien Bewohner/in

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Konfession:
Heimatort:	Steuerort:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Zivilstand:	AHV-Nr.:

### Gesetzlicher Vertreter (Name, Adresse, Telefon)

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beistandschaft | <input type="checkbox"/> Finanziell |
| <input type="checkbox"/> Persönlich     |                                     |

### Angehörige / Ansprechperson

#### 1. Ansprechperson

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Telefon privat:	Mobile:
E-Mail:	
Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in:	

#### 2. Ansprechperson

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Wohnort:
Telefon privat:	Mobile:
Beziehungsgrad zum/zur Bewohner/in:	

## Rechnungsempfänger

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## Grundversicherung

Krankenkasse / SUVA / IV / andere: \_\_\_\_\_

Adresse / Sektion: \_\_\_\_\_

- zur Kenntnis genommen: nicht alle Krankenkassen anerkennen den Heimarzt für das Hausarztmodell.  
Entsprechende Abklärungen sind Sache des Bewohners/der Bewohnerin bzw. des gesetzlichen Vertreters.

## Zusatzversicherung

(wird nur für Spitalaufenthalt benötigt)

Halbprivat

Privat

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Adresse / Sektion: \_\_\_\_\_

## Arzt

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Verschiedenes

Wünschen Sie einen persönlichen Telefonanschluss  ja  nein

Die Wäscheversorgung erfolgt durch:  Spital Zofingen  Angehörige  
Wäsche mit Namen kennzeichnen durch:  Spital Zofingen  Angehörige

## Weitere Angaben / Bemerkungen

Erhalten Sie bereits eine Hilflosenentschädigung?  leicht  mittel  schwer  nein

Erhalten Sie bereits Ergänzungsleistungen?  ja  nein

Beziehen Sie eine IV-Rente?  ja  nein

Benötigen Sie einen Rollator  ja  nein  
Haben Sie einen eigenen Rollator  ja  nein

Benötigen Sie einen Rollstuhl  ja  nein  
Haben Sie einen eigenen Rollstuhl  ja  nein

Die / der Unterzeichnende bestätigt, die Taxordnung Pflegezentrum Spital Zofingen erhalten zu haben. Sie / er ist über die Finanzierung des Aufenthaltes im Pflegezentrum Spital Zofingen informiert und erklärt sich damit einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Kontakt

Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so sind wir wie folgt erreichbar:

Spital Zofingen AG, Pflegezentrum  
Mühlethalstrasse 27, 4800 Zofingen  
Telefon 062 746 53 00, Fax 062 746 53 15

## Bitte nicht ausfüllen

Eintritt  Pat. / Bew. kommt von:

Wiedereintritt  Zeitpunkt

Station: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_