



Personalienblatt Patient / Patientin

Stationäre Aufnahme (provisorische Anmeldung)

Durch die Pflege HOZS auszufüllen	
Aufnehmende Person:	Aufenthaltsart
Eintritt am:	<input type="checkbox"/> Stationärer Aufenthalt
Uhrzeit	von _____ bis _____
Zuweiser/ kommend von:	Austritt am: _____ nach: _____
Zimmer Nr.	Verstorben am: _____
	Bewilligt durch: _____
Restfinanzier KoGu vorhanden <input type="checkbox"/>	Gde /Kanton: _____ Datum: _____

1. Personalien und allgemeine Angaben

Familienname	Vorname
Geburtsstagsdatum	Heimatort (Kanton/ Land)
Konfession	Zivilstand
Kontaktperson	
AHV-Nr. (neue 756.)	Zuletzt ausgeübter Beruf
Wohnort/ PLZ	Steuerort / gesetzlicher Wohnsitz
Strasse/ Nummer	Festnetznummer: Handynummer:
Patientenverfügung vorhanden?	Bevollmächtigte Personen mit Adresse:
Vorsorgeauftrag vorhanden?	Bevollmächtigte Personen mit Adresse:

Mitglied bei einer Freitodorganisation? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Wenn ja, bei welcher Organisation?

2. Zuständige Kontaktpersonen

Sie sind unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Familiennamenname	Vorname
Adresse	Wohnort
Festnetznummer:	E-Mail
Handynummer:	
Art des Bezugsverhältnisses	
Kontaktieren bei:	<input type="checkbox"/> Verschlechterung <input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben

Name und Adresse der bevollmächtigten Person oder des Beistands	
Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnummer:	E-Mail

3. Weitere Angehörige und Bezugspersonen

Sie sind berechtigt, Auskunft über Allgemeinzustand zu erhalten- auch telefonisch

Name, Vorname und Adresse von Bezugspersonen / Verwandtschaftsgrad	Bitte kontaktieren	Telefonnr. (G / P / M)
1)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	
	<input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben	
2)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	
	<input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben	
3)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	
	<input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben	
4)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	
	<input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben	
5)	<input type="checkbox"/> Auskunftsberechtigt <input type="checkbox"/> Bei Verschlechterung	

	<input type="checkbox"/> Auch nachts <input type="checkbox"/> Wenn verstorben	
--	--	--

4. Ärztliche Betreuung und weitere Leistungserbringer

Arzt 1 (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail	

Arzt 2 (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail	

Therapeut, Apotheke, Stomaberatung etc. (Name, Vorname)	
Adresse	
Telefonnr.	Handynummer (bei Betreuung im Hospiz)
E-Mail (bei Betreuung im Hospiz)	

5. Rechnungsadresse

<input type="checkbox"/> Rechnung geht an Adresse Patient (siehe 1. Personalien) <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger, bitte Adresse folgend angeben:	
Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnr.	E-Mail

6. Versicherungen

Die Pflegekosten während des Aufenthalts gehen zu Lasten meiner:	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/>		
Name der Krankenkasse	Sektion / Ort und PLZ		
Versicherungsnummer			
Kartenummer und Ablaufdatum:			
Verfügen Sie über eine Zusatzversicherung für alternative Behandlungsmethoden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Name der Zusatzversicherung mit Versicherungsnummer, Kartenummer und Ablaufdatum			
Verfügen Sie über eine:			
<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> EL (Ergänzungsleistung)	<input type="checkbox"/> HL (Hilflosenentschädigung)

7. Andere wichtige Kontakte (Beratungsstellen, Anwälte, Soz. Dienste etc.)

Name	Vorname
Adresse	Wohnort
Telefonnr.	E-Mail

8. Vereinbarungen zum Aufenthalt

Wünschen Sie einen Telefonanschluss?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wünschen Sie einen Fernseher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Abmachungen (z.B. Gespräche mit Fachpersonen)		

9. Bankverbindung (Für Rückzahlungen)

Name der Bank	Filiale in
Kontoinhaber	Beziehung zum Patienten
IBAN Nr. / PC Kontonr.	

10. Spezifische Wünsche (z.B. nach Todesfall)

.....

.....

.....

.....

11. Informationen und Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- die Angaben in diesem Formular korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen
- sie wissen, dass dieses Dokument Bestandteil des Betreuungsvertrages ist und dass sie die Regelungen zum Datenschutz im Betreuungsvertrag akzeptieren.

Luzern, den

Patient/in:

oder

bevollmächtigte Person: