

Krankenkasse	Haftpflichtversicherung
Name der Krankenkasse	Name der Gesellschaft
PLZ/Ort	PLZ/Ort
Versicherten-Nr.	
KK-Karten-Nr. 807560.....	Policen Nr.

Rechnungsempfänger

Name/Vorname _____

Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Beziehen Sie bereits Hilflosenentschädigung Ja Nein **Stufe:** leicht mittel schwer

Beziehen Sie bereits Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Früherer Aufenthalt bei uns? Ja Nein Wenn ja, in welchem(n) Jahr(en)? _____

- Eintritt dringend Warteliste vorsorglich
 Demenz-Station/Wohngruppe 2 Bett Zimmer

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die Personalien wahrheitsgetreu angegeben worden sind.

Zustimmungserklärung/Datenschutz
 Ich erteile hiermit der **Spitäler fmi ag** und dem **Seniorenpark Weissenau** die Zustimmung, dass **medizinische Informationen**, welche **im Zusammenhang mit dem aktuellen Behandlungsauftrag** stehen (Personalien, Arzt-, Operations- und Untersuchungsberichte, Untersuchungsergebnisse, digitalisierte Röntgen-, CT- und MR-Aufnahmen und weitere medizinische und administrative Dokumente) **per E-Mail** an involvierte Ärztinnen und Ärzte sowie Vertrauensärztinnen und -ärzte der Kranken- oder Unfallversicherungen (soweit von diesen verlangt) oder andere Spitäler übermittelt werden dürfen. Im Weiteren bevollmächtige ich die **Spitäler fmi ag**, bei allfälligen Fragen beim Sozialdienst oder der jeweiligen Gemeindeverwaltung Auskünfte einzuholen und ihnen auch solche herauszugeben. Dies gilt auch für Daten, die für die Bewohneraufnahme und Rechnungsstellung erforderlich sind. Die Weisung des Verwaltungsrates über den Datenschutz in der Spitäler fmi AG kann auf Wunsch bei der Direktion eingesehen werden.

Ort/Datum _____ **Unterschrift des Bewohners** oder gesetzlichen Vertreters
 Angehörige
 Beistand _____

Leerlassen (wird von der Institution ausgefüllt)

Eintrittsart <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Warteliste	Einweisende Instanz <input type="checkbox"/> selbst, Angehörige <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Spital _____	Aufnahmegrund <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt <input type="checkbox"/> Kurzaufenthalt <input type="checkbox"/> Tagesgast	Aufenthalt vor Eintritt <input type="checkbox"/> von Zuhause <input type="checkbox"/> Zuhause mit Spitex <input type="checkbox"/> Alters-/Pflegeheim <input type="checkbox"/> Psychiatrische Klinik <input type="checkbox"/> Spital _____
--	---	--	---

Eintrittsdatum: _____ Zeit _____ Station/Wohngruppe: _____ Zimmer: _____
 Bemerkungen: _____ Datum: _____ Visum: _____