

AUFNAHMEGESUCH

Langzeitaufenthalt Kurzaufenthalt Tagesheim (nur in Jeuss)

Heime Gesundheitsnetz See (GNS) in:

Courtepin Jeuss Kerzers Murten Sugiez

Partner:

Senevita Beaulieu Murten Altersheim Ulmiz Hospiz St. Peter Gurmels

Bei einer Anmeldung in mehreren Heimen bitte die Priorität angeben.

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
 Adresse: _____ Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Tel.-Nummern: _____
 E-Mail-Adresse: _____ Zivilstand: _____ seit: _____
 Heimatort: _____ Nationalität: _____
 Konfession: _____ AHV-Nr.: _____
 Muttersprache: _____ Andere gesprochen Sprachen: _____
 Name, Vorname des Ehepartners: _____ Zuletzt ausgeübter Beruf: _____
 Wohnhaft im Kanton seit (Jahr): _____

Krankenversicherung

Krankenkasse: _____ Kartenummer: _____
 Versicherungsschutz: Allgemein (nur FR) Allgemein (ganze CH)
 Halbprivat Privat

Ergänzungsleistungen

Ergänzungsleistung ja nein
 Hilflosenentschädigung ja nein
 Falls HLE ja: leichte mittlere schwere

Gegenwärtige Situation

Wohnt zuhause: ja nein
 Lebt allein: ja nein
 Lebt zusammen mit: _____
 Einsatz der Spitex oder Interventionen: ja nein Seit: _____
 Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____
 Name, Adresse behandelnder Arzt: _____



AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch

Administrative Vertretung (falls vorhanden)

Name, Vorname: _____
 Adresse, Ort: _____
 Tel.-Nr. / Natel-Nr. _____ / _____
 E-Mail-Adresse: _____

Die administrative Vertretung ist: ein Angehöriger, Verwandtschaftsgrad:
 der Vorsorgebeauftragte ein Bekannter ein Beistand

Therapeutische Vertretung und Patientenverfügung

Name, Vorname therapeutische Vertretung: _____
 Adresse, Ort: _____
 Tel.-Nr. / Natel-Nr.: _____ / _____
 E-Mail-Adresse: _____

Patientenverfügung wurde erarbeitet ja nein

Kontaktperson für die Aufnahme

Name, Vorname: _____
 Adresse, Ort: _____
 Tel.-Nr. / Natel-Nr.: _____ / _____
 E-Mail-Adresse: _____

Familienmitglieder und/oder andere nahestehende Personen

Name, Vorname, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Verwandtschaftsgrad

1. _____

 2. _____

 3. _____

 4. _____

Aufnahme

Wann möchten Sie ins Heim eintreten? dringend (so bald als möglich) bei Bedarf

Datum: _____ Unterschrift: _____



AVEC NOUS CHEZ VOUS - MIT UNS ZU HAUSE

Spitalweg 36
3280 Murten

T 026 672 34 00
koordination@rsl-gns.ch