

| | |
|------------------|--|
| ankreuzen | Wohnform |
| | Wohnen mit Dienstleistungen |
| ankreuzen | Typ der Wohneinheit |
| | Hotelzimmer (ohne Teeküche) |
| | Studio (mit Teeküche) |
| | 2 ½ - Zimmerwohnung nicht finanzierbar mit Ergänzungsleistungen (EL) |
| | 3 ½ - Zimmerwohnung nicht finanzierbar mit EL |
| | Pflegeheimzimmer Standard |
| | Pflegeheimzimmer Standard Plus nicht finanzierbar mit EL |

| | |
|------------------|---|
| ankreuzen | Aufenthaltsdauer |
| | Kurzzeitaufenthalt (mindestens 21 Tage) |
| | Daueraufenthalt |
| | Ärztlich verordnete Akut- und Übergangspflege (fix 14 Tage) |

| | |
|---|--------------------|
| Eintrittsdatum bitte mit Pflegehotel vereinbaren | Format tt.mm.jjjj: |
|---|--------------------|

| Personalien Bewohner/in | 1. Person | 2. Person |
|--|------------------|------------------|
| Name | | |
| Vorname | | |
| Geburtsdatum | | |
| Zivilstand | | |
| Heimatort bzw. Herkunftsland | | |
| Wohnsitzgemeinde | | |
| Aktuelle Adresse: - Strasse Nr. - PLZ, Ort | | |
| Telefonnummer | | |
| E-Mail | | |
| Beistandschaft: Ja / Nein | | |
| Vorsorgeauftrag: Ja /Nein | | |
| Patientenverfügung: Ja / Nein | | |
| Bereits EL-Berechtigt: Ja / Nein | | |

| Personalien | Vertretung | Rechnungsempfänger |
|--|-------------------|---------------------------|
| Name | | |
| Vorname | | |
| Beziehung zu Bewohner/in | | |
| Aktuelle Adresse: - Strasse Nr. - PLZ, Ort | | |
| Telefonnummer | | |
| E-Mail | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| Koordinaten des Hausarztes* | |
| Titel | |
| Name | |
| Vorname | |
| Aktuelle Adresse: | |
| - Strasse Nr. | |
| - PLZ, Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |

*Hinweis: die zuständige Hausärzteschaft kann beim Eintritt im Pflegehotel beibehalten werden, wenn sie bereit ist, die eintretende Person auch nach Eintritt im Pflegehotel weiterhin medizinisch zu betreuen und mit dem Pflegedienst des Pflegehotels gemäss den Richtlinien von CURAVIVA BE zusammenzuarbeiten. **Bitte klären Sie dies mit Ihrer zuständigen Hausärzteschaft vor dem Eintritt ab.**

| | |
|---|--------|
| Wechsel zu Heimarzt erwünscht: Ja / Nein | |
| Dr.med. Stephan Egloff, Allgemeine Innere Medizin FMH Heideweg 41, 2503 Biel, Praxis Tel. Nr.: 032 361 21 21 | |
| Bisheriger Hausarzt wurde gebeten, Patientenakte dem Heimarzt zu kommen zulassen | Datum: |

| |
|--|
| Bewohnerwäsche waschen (Zusatzleistung CHF 300.00/Monat) für nicht EL-Bezüger |
| Möchten sie diese Zusatzleistung in Anspruch nehmen? Ja/ Nein |

| | | |
|--|------------|--------|
| Krankenversicherer VVG für Spitalaufenthalt (ankreuzen) | | |
| Allgemein | Halbprivat | Privat |

Liste der notwendigen Unterlagen, die mit dem Eintrittsformular einzureichen sind:

1. Aktuellstes Arztzeugnis inkl. Medikamentenplan und Reservemedikation des bisherigen Hausarztes
2. Aktuellste Verfügung der Ausgleichskasse zum Bezug von Ergänzungsleistungen, wenn die/der Bewohner/in bereits Ergänzungsleistungen bezieht **oder** aktuellste Veranlagungsverfügung der kantonalen Steuerbehörde (siehe Muster)
3. Kopie Vor- und Rückseite der Krankenkassenkarte (KVG)
4. Kopie der Krankenkassenpolice VVG (falls Zusatzversicherung besteht)
5. Kopie persönlicher Regelungen falls bestehend: Vorsorgeauftrag, Beistandschaft

Liste der notwendigen Unterlagen bei Eintritt:

- a) Kopie Versicherungspolice Privat-Haftpflichtversicherung (obligatorisch)
- b) Kopie einer allfälligen Patientenverfügung
- c) Liste der Personen (Name, Vorname, Adresse, Telefon, E-Mail), die auskunftsberechtigt sind mit Unterschrift und Datum der Unterschrift der pflegeberechtigten Person bzw. ihrer Vertretung.

| Ort | Datum | Unterschrift 1. Person | Unterschrift 2. Person |
|-----|-------|------------------------|------------------------|
| | | | |

Senden an:

info@geras-pflegehotel.ch oder

Geras Pflegehotel AG, Hauptstrasse 57-59a, 2572 Sutz-Lattrigen