



Gesuch um Aufnahme für einen stationären / temporären Aufenthalt

Personalien und allgemeine Angaben	
Familienname	Vornamen
Geburtsdatum	Heimatort (Kanton)
Konfession	Zivilstand
Sozialversicherungs-Nr.	Beruf
Gesetzlicher Wohnort: PLZ / Ort	
Genaue Adresse	Telefon-Nummer
Gegenwärtiger Aufenthaltsort	
Einweisender Arzt / einweisende Institution	
Hausarzt	
Es wurden bereits Ergänzungsleistungen ausbezahlt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Es besteht ein Vorsorgeauftrag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wo hinterlegt?	
Es besteht eine Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Kopie beilegen	
Es besteht eine Beistandschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, bitte Kopie der Ernennungsurkunde Beistand beilegen	
Ich habe ein EPD (elektronische Patientendossier) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Angehörige, Bezugspersonen und weitere Adressaten	
Adresse, Telefonnummer und Email von Angehörigen - Verwandtschaftsgrad (Liste mit Adressen von Angehörigen beilegen) 1. Bezugsperson:	
Angehörigen-Informationen, Einladungen für Veranstaltungen, etc. werden an die 1. Bezugsperson verschickt	
Rechnungsadresse	
Name, Vorname, Adresse, PLZ / Ort	
Belastung via LSV gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Krankenversicherung (bitte Kopie des Versicherungspolice und der Versicherungskarte beilegen)	
Krankenversicherung	Mitglied-/Versicherten-Nummer
Adresse, PLZ / Ort	Hausarztmodell <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Persönliche Mitteilungen des Gesuchstellers	
Ich interessiere mich für ein	<input type="checkbox"/> 1er-Zimmer <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer <input type="checkbox"/> 3er-Zimmer
Weitere Mitteilungen (z. B. Festlegung des Taschengeldes, etc.)	

Ermächtigung zur Auskunft

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller ermächtigt sämtliche Behörden und deren Amtsstellen, der Verwaltung des Regionalen Pflegezentrums Baden die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Zahlungsverpflichtung

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt im Regionalen Pflegezentrum Baden gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie respektive er bestätigt, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort / Datum

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller
(respektive die Vertreterin / der Vertreter)

..