

Anmeldeformular

Eintritt

- | | |
|--|---|
| ☐ Festeintritt | ☐ Übergangspflege / Ferienaufenthalt |
| ☐ Eintritt sobald als möglich | ☐ Eintritt per _____ |
| ☐ Pflegeabteilung | ☐ Altersheim (West) |
| ☐ Einzelzimmer | ☐ Doppelzimmer |

Personalien

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ/Wohnort	_____
Telefon Nr.	_____	Handy Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	Zivilstand	_____
Konfession	_____	Heimatort	_____
Steuergemeinde	_____	AHV-Nr.	_____

Gesetzliche Vertretung bei Beistandschaft (nur wenn zutreffend)

Name	_____	Vorname	_____
Adresse	_____		
Telefon Nr.	_____	E-Mail Adresse	_____

Hausarzt / Krankenkasse

Hausarzt	_____		
Adresse	_____		
Krankenkasse	_____	Versicherungs-Nr.	_____
Kartennummer	_____	Ablaufdatum	_____

Mein Zuhause. Mit Herz.

Rechnungsadresse

Rechnungsversand per ☐ per E-Mail ☐ per Post
Rechnungsversand an ☐ Bewohner/in ☐ Anderer Rechnungsempfänger:

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
Telefon Nr. _____ E-Mail Adresse _____

Vorsorgeauftrag / Patientenverfügung / Ergänzungsleistungen

Besteht ein Vorsorgeauftrag? ☐ Ja ☐ Nein
Besteht eine Patientenverfügung? ☐ Ja ☐ Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Ja ☐ Nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? ☐ Ja ☐ Nein

1. Ansprechperson (Unsere Ansprechperson für alle Anliegen)

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
Telefon Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail Adresse _____ Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Angehörige (sind berechtigt, Auskunft über den Gesundheitszustand zu erhalten)

Name _____ Vorname _____
Adresse _____
Telefon Nr. _____ Handy-Nr. _____
E-Mail Adresse _____ Verwandtschaftsgrad _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon Nr. _____ Handy-Nr. _____

E-Mail Adresse _____ Verwandtschaftsgrad _____

Name _____ Vorname _____

Adresse _____

Telefon Nr. _____ Handy-Nr. _____

E-Mail Adresse _____ Verwandtschaftsgrad _____

Einwilligung

- ☐ Ich bin einverstanden mit der Bearbeitung meiner Daten, dem Zugriff durch Mitarbeitende der Krone sowie der Weitergabe an Dritte gemäss Informationen auf der letzten Seite. Ich bin mir der Risiken beim Austausch besonders schützenswerter Personendaten (mögliche Einsicht durch unberechtigte Dritte bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und stimme dem gegenseitigen Kontakt zwischen der Krone und der Bewohnerin/dem Bewohner bzw. den genannten Kontaktpersonen zu. Zudem bin ich mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Adressen wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) für administrative Anliegen einverstanden.
- ☐ Verwendungszweck Fotos / Video (optional)
Die unterzeichnende Person erklärt sein Einverständnis mit der Verwendung von Fotos / Videos seiner Person für Berichterstattungen der Krone (Print / Social Media / Webseite)
- ☐ Die unterzeichnende Person bestätigt, dass sie die Informationen A–Z, die Preislisten sowie die Taxordnungen erhalten und gelesen hat. Sie erklärt sich mit sämtlichen darin enthaltenen Bestimmungen einverstanden.
- ☐ Die unterzeichnende Person bestätigt zudem die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Gleichzeitig ermächtigt sie die Geschäftsleitung und die Pflegedienstleitung, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen, und entbindet diesen insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Geschäftsleitung und der Pflegedienstleitung.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Mein Zuhause. Mit Herz.

Bewohnerinformation zum Umgang mit Personendaten

Nachfolgend informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck das Alters- u. Pflegeheim Krone Ihre Personendaten erhebt, speichert oder weiterleitet. Zusätzlich informieren wir Sie über Ihre Rechte, welche Sie im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen können.

Verantwortlichkeiten Die verantwortliche Stelle für die Bearbeitung Ihrer Personendaten und insbesondere Ihrer Gesundheitsdaten ist das Alters- u. Pflegeheim Krone. Bei Fragen zum Datenschutz oder wenn Sie Ihre Rechte im Rahmen des Datenschutzes wahrnehmen wollen, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsleitung des Alters- u. Pflegeheim Krone.

Erhebung und Zweck der Datenbearbeitung Die Bearbeitung (Erhebung, Speicherung, Verwendung sowie Aufbewahrung) Ihrer Daten erfolgt aufgrund des Pensionsvertrags und gesetzlicher Vorgaben zur Erfüllung des Behandlungszwecks sowie zu den damit verbundenen Pflichten. Die Erhebung von Daten erfolgt durch Gesundheitsfachpersonen sowie Mitarbeitende der Administration und der Geschäftsleitung des Alters- u. Pflegeheim Krone. Im Rahmen des Softwareunterhalts haben auch die damit betrauten Firmen Zugriff auf die Daten (Lobos AG: Bewohner Stammdaten, TopCare Management AG: Pflegedokumentation, BESA QSys: Pflegeeinstufung und eastphone AG: IT-System). In Ihrer Pflegedokumentation werden nur Daten bearbeitet, die im Zusammenhang mit Ihrer medizinischen und pflegerischen Behandlung stehen. Die Krankengeschichte umfasst die auf dem Eintrittsformular gemachten persönlichen Angaben wie Personalien, Kontaktdaten und Versicherungsangaben sowie unter anderem der im Rahmen der Behandlung durchgeführten Aufklärungsgesprächen, erhobenen Gesundheitsdaten wie Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Befunden und Biografie Daten.

Dauer der Aufbewahrung Ihre Pflegedokumentation wird während 20 Jahren nach Ihrer letzten Behandlung aufbewahrt. Danach wird sie mit Ihrer ausdrücklichen Einwilligung weiter aufbewahrt oder sicher gelöscht bzw. vernichtet.

Weitergabe der Daten Ihre Personendaten und insbesondere Ihre medizinischen und pflegerischen Daten übermitteln wir nur dann an externe Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt oder verlangt ist oder wenn Sie im Rahmen Ihrer Behandlung in die Weitergabe der Daten eingewilligt haben.

- Die Übermittlung an Ihre Krankenversicherung bzw. an die Unfall- oder Invalidenversicherung erfolgt zum Zweck der Abrechnung der Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen. Die Art der übermittelten Daten orientiert sich dabei an den gesetzlichen Vorgaben.
- Die Weitergabe an kantonale sowie nationale Behörden (z.B. kantonsärztlicher Dienst, Gesundheitsdepartemente etc.) erfolgt aufgrund gesetzlicher Meldepflichten.

Im Einzelfall, abhängig von Ihrer Behandlung und Ihrer entsprechenden Einwilligung, erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger (z.B. Labore, andere Ärztinnen und Ärzte).

Widerruf Ihrer Einwilligung Haben Sie für eine Datenbearbeitung Ihre ausdrückliche Einwilligung gegeben, können Sie eine bereits erteilte Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf oder der Wunsch nach Änderung einer Einwilligung hat schriftlich zu erfolgen. Sobald wir Ihren schriftlichen Widerruf erhalten haben und die Bearbeitung auf keine andere Rechtsgrundlage als die Einwilligung gestützt werden kann, wird die Bearbeitung eingestellt. Die Rechtmässigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenbearbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Auskunft, Einsicht und Herausgabe Sie haben jederzeit das Recht, Auskunft zu Ihren Personendaten zu erhalten. Sie können Ihre Pflegedokumentation einsehen oder auch eine Kopie verlangen.

Recht auf Datenübertragung Sie haben das Recht, Daten, die wir automatisiert bzw. digital verarbeiten, an sich oder an einen Dritten in einem gängigen, maschinenlesbaren Format aushändigen zu lassen. Dies gilt insbesondere auch bei der Weitergabe von medizinischen Daten an eine von Ihnen gewünschte Gesundheitsfachperson. Sofern Sie die direkte Übertragung der Daten an einen anderen Verantwortlichen verlangen, erfolgt dies nur, soweit es technisch machbar ist.

Berichtigung Ihrer Angaben Wenn Sie feststellen oder der Ansicht sind, dass Ihre Daten nicht korrekt oder unvollständig sind, haben Sie die Möglichkeit, eine Berichtigung zu verlangen. Kann weder die Korrektheit noch die Unvollständigkeit Ihrer Daten festgestellt werden, haben Sie die Möglichkeit auf die Anbringung eines Bestreitungsvermerks.

Mein Zuhause. Mit Herz.

Allgemeine Informationen

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Damit können wir bestmöglich auf Ihre persönlichen und individuellen Wünsche und Bedürfnisse eingehen.

Waren Sie schon einmal in einem Alters- & Pflegeheim? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Grund:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ferienaufenthalt | ☐ Schnupperaufenthalt |
| ☐ Pflegenotstand | ☐ Daueraufenthalt |
| ☐ Andere: _____ | |

Was ist der Grund für Ihren Eintritt ins Alters- und Pflegeheim Krone?

- | | |
|--|--|
| ☐ Gesundheitliche Gründe | ☐ Rehabilitation |
| ☐ Wunsch nach Unterstützung / Betreuung | ☐ Wunsch nach Gesellschaft / Sicherheit |
| ☐ Wohn- & Haushaltsituation belastend | |
| ☐ Andere: _____ | |

Wie ist Ihre aktuelle /bisherige Wohnsituation?

- | | |
|---|--|
| ☐ Wohnung | ☐ Haus |
| ☐ Treppen Innenbereich | ☐ Treppen Aussenbereich |

Welche Gewohnheiten pflegen Sie und sind für Sie wichtig? (z.B. früh aufstehen, Zeitung lesen)

Welche Hobbys oder Freizeitaktivitäten pflegen Sie?

Mein Zuhause. Mit Herz.

Haben Sie Haustiere?

☐ Ja

☐ Nein

Falls ja, welche:

Haben Sie Allergien?

☐ Ja

☐ Nein

Lebensmittel

Haustiere

Medikamente

Weitere

Besondere Essgewohnheiten

☐ Vegetarisch

☐ Vegan

Gewohnheiten / Vorlieben

Speisen, die Sie nicht mögen

Wo brauchen/wünschen Sie Unterstützung?

Körperpflege

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Duschen

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Baden

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Mund-, Zahnpflege

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Rasieren

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Haare waschen

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Nagelpflege

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

An- und Auskleiden

☐ Nein

☐ Teilunterstützung

☐ Vollübernahme

Pflegeprodukte

☐ eigene

☐ vom Haus (auf Rechnung)

Haben Sie Probleme bei der Ausscheidung?

☐ Ja, Urininkontinenz (Harnverlust)

☐ Ja, Stuhlinkontinenz

☐ Inkontinenzmaterial, z.B. Einlagen

Wie sind Ihre Schlafgewohnheiten?

- | | | |
|---|---|--------------------------------------|
| ☐ Frühaufsteher/in | ☐ Spätaufsteher/in | ☐ Mittagsruhe |
| ☐ Bettsocken | ☐ Wärmekissen | |
| ☐ Rückenlage | ☐ Seitenlage | ☐ Bauchlage |
| ☐ Weitere Gewohnheiten | _____ | |

Haben Sie Rituale in Bezug auf Glaube & Spiritualität? z.B. Gebet, Gesang, Gottesdienstbesuch

Welche Hilfsmittel nutzen Sie?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Rollator | ☐ Rollstuhl | ☐ Gehstock, Gehstöcke |
| ☐ Brille | ☐ Lesebrille | |
| ☐ Hörgerät rechts | ☐ Hörgerät links | |
| ☐ Zahnprothese oben | ☐ Zahnprothese unten | |
| ☐ WC Aufsatz | ☐ Duschstuhl | |
| ☐ Weitere: | _____ | |

Haben Sie eine Patientenverfügung?

- ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Wünsche & Bemerkungen
