

**Persönliche Angaben**

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Nr.	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Soz. Vers. Nr.	<input type="text"/>	Ehem. Beruf	<input type="text"/>
Heimatort	<input type="text"/>	Muttersprache	<input type="text"/>
Konfession	<input type="text"/>	Zivilstand	<input type="text"/>

**Pflege und Betreuung**

Langzeitaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Gewünschtes Eintrittsdatum	<input type="text"/>
Ferien	<input type="checkbox"/>	Gewünschtes Eintrittsdatum	<input type="text"/>
		Gewünschtes Austrittsdatum	<input type="text"/>
Tagesaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Gewünschte Wochentage	<input type="text"/>
Nachtaufenthalt	<input type="checkbox"/>	Gewünschte Wochentage	<input type="text"/>

**Lebensform**

Allein lebend	<input type="checkbox"/>
Mit Ehepartner/in / Lebenspartner/in	<input type="checkbox"/> Name/Vorname:
Mit Personen im gleichen Haushalt lebend	<input type="checkbox"/> Name/Vorname:
Momentaner Wohnort	<input type="text"/>

**Hausarzt/Hausärztin:**

In der Casa sogn Giusep gewährleisten wir freie Arztwahl

Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>

### Bestehende Unterstützungsangebote

Beziehen Sie Spitexleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Vertrauensperson (Vorsorgebeauftragte), Angehörige oder gesetzliche Vertreter

Person, die Sie vertritt in der:

**Personensorge** (medizinische & pflegerische Belange und alles was die Persönlichkeit tangiert)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Nr.	<input type="text"/>	e-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad	<input type="text"/>		

### Vertrauensperson (Vorsorgebeauftragte), Angehörige oder gesetzliche Vertreter

Person, die Sie vertritt in der:

**Vermögenssorge** (finanzielle Interessensvertretung, Finanzverwaltung, Rechtsvertretung)

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Tel. Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Verwandtschaftsgrad/Beziehungsgrad	<input type="text"/>		

### Krankenkasse

Name	<input type="text"/>	Policen-Nr.	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> mit Zusatz	<input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> mit Zusatz	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> mit Zusatz

### Kommunikation

Wenn Sie Fragen zu einer Patientenverfügung oder eines Vorsorgeauftrages haben, sind wir Ihnen gerne behilflich.

Wünschen Sie weitere Informationen, dann wenden Sie sich bitte telefonisch oder per Mail an uns:

Zentrale: 081 929 30 00

Pflegeleitung direkt: 081 929 30 07

E-Mail: [leitung@casasogngiusep.ch](mailto:leitung@casasogngiusep.ch)

Datum	<input type="text"/>	Unterschrift	<input type="text"/>
-------	----------------------	--------------	----------------------