



## Betreuungsvertrag

zwischen

**Alters- und Pflegeheim Tabor AG**

und

**Bewohnerin/Bewohner** \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

**Von der Bewohnerin/dem Bewohner oder bevollmächtigten Person auszufüllen:**

Personalien Bewohner / Bewohnerin			
Name		Vorname	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtsdatum	
Heimatort		Nationalität	
Zivilstand		Konfession	
AHV-Nummer			
Telefon-Nummer		Mobile-Nr.	
Wohnadresse			
Schriften hinterlegt			

Versicherungsinformationen			
<b>Krankenkasse</b> Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte (Vorder- und Rückseite) bei.			
Krankenkasse		Policen-Nummer	
Sektion (Adresse)		PLZ/Ort	
Versicherungskartennr.		Karte gültig bis	
Krankenkassen- versicherungsmodell	<input type="checkbox"/> Standard-Modell <input type="checkbox"/> Hausarzt-Modell	<input type="checkbox"/> HMO-Modell <input type="checkbox"/> Telmed-Modell	
Haftpflichtversicherung			
Haftpflichtversicherung		Policen-Nummer	
Hilfslosenentschädigung			
Beziehen Sie Hilfslosenentschädigung?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Ergänzungsleistungen			
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Beistandschaft / Diverses</b>			
Existiert eine Beistandschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls ja, welche?	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> mit Vermögensverwaltung		
Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nummer		E-Mail	
<i>Falls eine Beistandschaft vorhanden ist, bitte Kopie der Unterlagen beilegen.</i>			
Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein		
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja (Kopie beilegen) <input type="checkbox"/> nein		

<b>Hausarzt</b>			
Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	

<b>Rechnungsempfänger</b> (nur auszufüllen, wenn nicht Bewohner selbst die Rechnung erhält)			
Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	

<b>Garantieleistung</b> (wer leistet Garantie für die Übernahme der Heimkosten gemäss Tarifordnung)			
<input type="checkbox"/> subsidiäre Kostengutsprache Gemeinde <input type="checkbox"/> Depotleistung <input type="checkbox"/> Garantieleistung Privatperson			
Name		Vorname	
Adresse		PLZ/Ort	
Telefon-Nr.		E-Mail	
Ort/Datum		Unterschrift	

<b>Bezugspersonen</b> (im Notfall zu benachrichtigen)			
<b>1. Bezugsperson</b>			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	

2. Bezugsperson			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	
3. Bezugsperson			
Vor/Nachname		Telefon-Nr.	
Adresse		PLZ/Ort	
Beziehung		E-Mail	

**Von der Institution auszufüllen:**

Eintritt			
Eintrittsdatum			
<input type="checkbox"/> Dauergast <input type="checkbox"/> Feriengast bis voraussichtlich:			
<input type="checkbox"/> Probewohnen bis voraussichtlich:			
Pat-Nummer		Zimmer-Nummer	
Abteilung		Stockwerk	

Abteilung
<input type="checkbox"/> Pflegeabteilung
<input type="checkbox"/> Demenzabteilung
<input type="checkbox"/> Psychosoziale Abteilung offen
<input type="checkbox"/> Psychosoziale Abteilung geschlossen
<input type="checkbox"/> Spezielles:

Zimmerkategorie
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Zweierzimmer
<input type="checkbox"/> Mehrbettzimmer

Ausstattung
<input type="checkbox"/> WC/Dusche/Lavabo
<input type="checkbox"/> WC/Lavabo
<input type="checkbox"/> Lavabo

Diverses
Telefonanschluss <input type="checkbox"/> private Nummer <input type="checkbox"/> Heim-Nummer
<input type="checkbox"/> Fernsehanschluss <input type="checkbox"/> privates Gerät <input type="checkbox"/> Gerät vom Heim
<input type="checkbox"/> Internetanschluss
Zimmerbeschriftung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wäschenamen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein*
<small>*Wäsche wird privat gewaschen</small>

### **Checkliste für die Institution**

(vor Unterzeichnung durch die Heimleitung müssen diese Punkte erfüllt sein)

- Persönliches Gespräch (inkl. rechtlichen Vertretern) erfolgt
- Medizinische Abklärungen getroffen (FU, Medikamente, Arzt/Pflegebericht)
- Kostengutsprache oder Sicherheitsleistung erhalten
- Informationen (Krankenkasse, Hausarzt, rechtliche Vertreter, Bezugsperson) vorhanden

---

### **Unterschrift der Vertragsparteien**

Mit der Unterschrift bestätigt der Bewohnende oder sein rechtlicher Vertreter, mit den Bedingungen des Betreuungsvertrags, den allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB), der aktuellen Tarifordnung sowie der Hausordnung einverstanden zu sein.

Weiter bestätigt der/die Unterzeichnende die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung oder deren Vertreter, beim Hausarzt allenfalls medizinische Auskünfte einzuholen. Sämtliche Informationen werden streng vertraulich behandelt.

Damit der Betreuungsvertrag rechtliche Wirkung erzielt, muss dieser von allen Parteien rechtsgültig unterzeichnet sein. Bis zu diesem Zeitpunkt ist der Betreuungsvertrag nicht bindend.

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Bewohnerin/Bewohner  
(oder bevollmächtigte Person)

\_\_\_\_\_

Unterschrift Heimleitung

\_\_\_\_\_