DAS GANZE LEBEN
HOSPIZ ZENTRALSCHWEIZ
PALLIATIVE CARE

Personalienblatt Patientin / Patient
Stationäre Aufnahme

1. Personalien und allgemeine Angaben

Familienname:	Vorname:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Steuerort / gesetzlicher Wohnsitz:	Telefonnummer:
Geburtsdatum:	Heimatort (Kanton / Land):
Konfession:	Zivilstand:
AHV-Nummer: 756.	Zuletzt ausgeübter Beruf:

2. Zuständige Kontaktperson

Sie sind unsere Ansprechperson für alle Anliegen (Gesundheit, Organisatorisches etc.)

Familienname:		Vorname:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Wohnort:	
Festnetznummer: Handynummer:		E-Mail:	
Art des Beziehungsverhältnisses:			
Kontaktieren bei:	☐ Verschlechterung	☐ am Tag	☐ in der Nacht
	☐ Todesfall	☐ am Tag	☐ in der Nacht

3. Weitere Angehörige und Bezugspersonen

Familienname:		Vorname:	
Strasse / Nr.:		PLZ / Wohnort:	
Festnetznummer: Handynummer:		E-Mail:	
Art des Beziehungsverhältnisses:			
Kontaktieren bei:	☐ Verschlechterung	☐ am Tag	☐ in der Nacht
	☐ Todesfall	☐ am Tag	☐ in der Nacht

Familienname:	Vorname:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Festnetznummer: Handynummer:	E-Mail:

Art des Beziehungsverhältnisses:

Kontaktieren bei:	☐ Verschlechterung	☐ am Tag	☐ in der Nacht
	☐ Todesfall	☐ am Tag	☐ in der Nacht

4. Weitere Auskunftspersonen

Folgenden zusätzlichen Personen dürfen wir auf Anfrage Auskunft über den gesundheitlichen Zustand erteilen:

Familienname / Vorname / Ort:

5. Hausarzt

Name:	Telefonnummer:
Strasse / Nr.:	PLZ / Ort:

6. Versicherungen

Name der **Krankenkasse** (KVG):	Sektion / PLZ / Ort:
Versicherungsnummer:	Ablaufdatum der Krankenkassenkarte:

Kartennummer: (Bitte Kopie beilegen Vor- und Rückseite)

Verfügen Sie über eine **Zusatzversicherung** für alternative Behandlungsmethoden? ☐ Ja ☐ Nein

Name der Zusatzversicherung (VVG):	Versicherungsnummer:

Verfügen Sie über eine:

☐ AHV-Rente	☐ IV-Rente	☐ Ergänzungsleistung (EL) (Bitte Kopie vom EL-Berechnungsblatt beilegen)	☐ Hilflosenentschädigung (HL)

7. Rechnungsadresse

☐ Rechnung geht an Adresse des Patienten (siehe 1. Personalien)

☐ Anderer Rechnungsempfänger, bitte Adresse nachfolgend angeben:
Art des Beziehungsverhältnisses:

Familienname:	Vorname:
Strasse / Nr.:	PLZ / Wohnort:
Festnetznummer: Handynummer:	E-Mail:

8. Bankverbindung

Name der Bank:	PLZ / Ort:
Name des Kontoinhabers:	PLZ / Ort:
IBAN-Nummer:	

9. Allgemeine Angaben

Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja (Bitte Kopie beilegen) ☐ Nein	Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Ja (Bitte Kopie beilegen) ☐ Nein
Mitglied bei einer Freitod-Organisation? ☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, bei welcher Organisation?
Mitglied Gönnerverein Hospize Schweiz? ☐ Ja ☐ Nein	

10. Informationen und Unterschrift

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass

- die Angaben in diesem Formular korrekt sind und Ihren Wünschen entsprechen
- Sie wissen, dass dieses Dokument Bestandteil des Betreuungsvertrages ist und Sie die Regelungen zum Datenschutz im Betreuungsvertrag akzeptieren.

Luzern, den .....

Patient/in: .....

oder

bevollmächtigte Person: .....