

## Liebe Interessenten,

Damit wir einen reibungslosen Ablauf gewährleisten können, wenden wir uns mit allen nötigen Vorinformationen an Sie. Um eine frühzeitige Anmeldung wären wir dankbar.

Wir wissen jedoch, dass nicht alles immer vorsehbar ist und sind hier offen, um Lösungen zu suchen.

### Anmeldeformular:

1. Bitte stellen Sie sicher, dass wir das ausgefüllte Anmeldeformular erhalten, damit wir den Eintritt der neuen Bewohnenden rechtzeitig vorbereiten können.

### Medizinische Unterlagen:

2. Wir benötigen medizinische Unterlagen, wie die Diagnoseliste und Pflegeberichte etc. Diese Unterlagen müssen spätestens 4 Tage vor dem Eintritt übermittelt werden.
3. Zusätzlich müssen die Medikamente des Bewohnenden mit Rezept und Dosierungsplan zugestellt werden (3 Tage vor Eintritt). Wir verblistern unsere Medikamente und dieser Auftrag benötigt eine Vorlaufzeit. Diese Vorgehensweise bedeutet jedoch, dass wir keine Medikamente auf Reserve auf Vorrat zur Verfügung haben und dementsprechend handlungsunfähig sind, wenn die Bewohnenden ohne Datenübermittlung eintreten.

### Finanzielle Regelung:

4. Bitte klären Sie im Vorfeld die finanziellen Aspekte, insbesondere im Falle eines Beistandes. Dies ist wichtig, um eine reibungslose Aufnahme ohne Verzögerung und Mehraufwand zu gewährleisten.
5. Bitte stellen Sie sicher, dass eine Aufnahme in unser Haus mit entsprechenden Kosten verbunden ist (siehe Anmeldung und Tarifliste).  
<https://www.zentrum-sunnegarte.ch/media/3085/taxordnung-heim-2026.pdf>

### Allgemeine Information:

6. Wir sind in der Lage, Bewohnende mit unterschiedlichen Krankheitsbildern, wie z.B. Demenz oder mit Sitznachtwachen aufzunehmen und zu betreuen. Falls dies Zutrifft, dürfen Sie dies mit uns jeder Zeit vorabklären.
7. Unser Kooperationsmanagement steht jederzeit zur Verfügung und kann direkt mit Ihnen alles Nötige bezüglich eines Eintritts besprechen.
8. Angehörige dürfen jederzeit Kontakt mit uns aufnehmen.

Wir danken Ihnen für die Zustellung der Unterlagen und stehen für Rückfragen jederzeit zur Verfügung.

### Ihre Ansprechpersonen:

Styger Corinne  
Stv. Bereichsleitung Betreuung & Betreuung  
Kooperationsmanagement

055 253 01 90  
[corinne.styger@zentrum-sunnegarte.ch](mailto:corinne.styger@zentrum-sunnegarte.ch)

Casty-Scheiber Michaela  
Bereichsleitung Betreuung und Pflege  
Mitglied Geschäftsleitung

055 253 01 29  
[michaela.casty@zentrum-sunnegarte.ch](mailto:michaela.casty@zentrum-sunnegarte.ch)



## Anmeldeformular Betreuung und Pflege

Anmeldung für den Eintritt: \_\_\_ vorsorglich \_\_\_ dringlich  
\_\_\_ Ferien \_\_\_ Kurzaufenthalt /AÜP \_\_\_ Langzeitgast \_\_\_ Tagesaufenthalt  
(min. 2 Wochen bis max. 3 Mt.)

Gewünschte/s Eintrittsdatum / Aufenthaltsdauer: \_\_\_\_\_

### Persönliche Angaben

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
wohnhafte in der aktuellen Wohngemeinde seit: \_\_\_\_\_  
Heimatort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
AHV-Nr. \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Ehemaliger Beruf \_\_\_\_\_  
Konfession \_\_\_\_\_  
Momentaner Aufenthalt \_\_\_\_\_

**Besonderheiten** (Allergien, Unverträglichkeiten, vegetarisch, vegan, etc.)  
\_\_\_\_\_

Rechnungsadresse \_\_\_\_\_

(falls nicht Bewohner/in)  physische Rechnung  elektronisch

Beim elektronischen Versand werden die Daten unverschlüsselt übermittelt. Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.

Empfänger offizieller Briefpost \_\_\_\_\_  
(falls nicht Bewohner/in)

**Bitte geben Sie Ihre IBAN für eventuelle Rückzahlungen an:**

IBAN: \_\_\_\_\_

Bank: \_\_\_\_\_

### Krankenkasse

Name \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Mitglieder-Nr. \_\_\_\_\_  
Karten-Nummer \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

### Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_



### Angehörige

#### Erste Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

E-Mail von Angehörigen, falls keine eigene E-Mail vorhanden \_\_\_\_\_

#### Weitere Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

#### Weitere Kontaktperson

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

### Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie a) eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente  ja  nein

b) eine Hilflosenentschädigung  ja  nein

c) Beistand  ja  nein

#### Kontaktperson Beistandschaft:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

Ein Heimaufenthalt setzt einen Vorschuss von CHF 3000 (Aufenthalt bis 3 Monate) bzw. CHF 8000 (Aufenthalt länger als 3 Monate) voraus. Sie erhalten dazu eine separate Rechnung.



Zentrum  
Sunnegarte  
Bubikon

**Verfügen Sie über?**

Patientenverfügung                    \_\_\_ ja    \_\_\_ nein

Vorsorgeauftrag                    \_\_\_ ja    \_\_\_ nein

Bitte entsprechende Formulare (Kopie) beim Eintritt am Empfang abgeben.

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung; die definitive Aufnahme erfolgt mit dem Pensionsvertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Pflegedienstleitung/Zentrumsleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Datum und Ort \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
(evtl. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)