



Januar 2023

Eintrittsgesuch Informationen

Das Eintrittsgesuch muss der Direktion des Hauses komplett und unterzeichnet eingereicht werden.

Die Aufnahme wird von der Gemeindebehörde, nach Benachrichtigung durch die Verwaltungskommission der Casa Rea je nach Aufnahmemöglichkeit, entschieden. Im Falle eines Bettenmangels, wird die Anfrage auf der Warteliste registriert, Artikel 7 + 8 des Betriebsreglements der Casa Rea Minusio.

Jeder Antrag muss **einmal jährlich**, normalerweise am Jahresanfang bei der Direktion wiederbestätigt werden. Falls dies nicht geschieht, wird die Person von der Warteliste gestrichen und bei einer Rückkehr am Ende der Liste angefügt.

Beim Eintritt wird der Antragsteller gebeten, seinen eigenen Bevollmächtigten zu bestimmen.

HEIMEINTRITT

Das Datum und der Zeitpunkt des Eintritts werden zusammen mit dem Direktor bestimmt, der zudem auch für die Zuweisung des Zimmers zuständig ist.

Der Gast muss mit seinen persönlichen und etikettierten Gegenständen erscheinen. Die persönlichen Gegenstände werden ins Inventar aufgenommen und im Beisein des Bevollmächtigten und der Gouvernante in den Schrank gelegt.

Persönliche Gegenstände von besonderem Wert (Möbel, Bilder...) werden vom Verwalter ins Inventar aufgenommen; für andere Wertsachen (Schmuck, Devisen...) ratet man ein Depot bei einem Bankinstitut zu eröffnen.

In jedem Falle müssen die Wertsachen vom Gast versichert werden.

Die Direktion



Anmeldeformular

Standesamtliche Daten:

Familienname:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum :.....

Geburtsort:.....

Wohnort:.....

Wohnadresse:.....

Telefonnummer:.....

Heimatort:.....

Ausgeübter Beruf:.....

Zivilstand:..... Religion:.....

Name und Vorname des Ehegatten/in:.....

Personalien der Eltern:.....

Krankenkasse:.....

Hausarzt:.....

Familienangehörige

Name, Vorname

Adresse & Telefonnummer:

Verwandtschaftsgr.

.....
.....
.....
.....

Ev. Bevollmächtigter:

Name , Vorname

Adresse & Telefonnummer

.....

1. Kontaktperson:

Name und Vorname:

Adresse & Telefonnummer

.....

E-Mail Adresse:.....

Finanzielle Lage

AHV Nummer:.....

Franken:..... Von AHV Kasse

Evtl. Ergänzungsleistungen der AHV Kasse oder andere Leistungen:

Franken:..... einbezahlt von:.....

Weitere Renten (Pension, SUVA, etc.)

Franken:..... einbezahlt von:.....

Hilflosenentschädigungen der IV JA NEIN
(Falls eine Antrag erstellt oder erstellen wird, verpflichten wir Casa Rea eine Kopie der
Entscheid zu liefern)

Garant für die Bezahlung von Aufenthalt und Kosten

Name, Vorname

Adresse.....

Unterschrift.....

Eintrittsgesuch **Voranmeldung** **Dringend**
Grund für das Eintrittsgesuch

.....
.....
.....
.....
.....

Ich wünsche eine Einzelzimmer Doppelzimmer
Falls keine Einzelzimmer frei ist, bin ich bereit in einer Doppelzimmer zu gehen
 JA NEIN

Bemerkungen

.....
.....
.....
.....

Ort & Datum:

Unterschrift:

.....



Beizulegende Dokumentation

1. Anmeldeformular (Beilage)
2. Formular für die Aufhebung des Arztgeheimnisses (Beilage)
3. Formular für die Aufhebung des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes (Beilage)
4. Formular betreffend Schenkungen oder Teilhabe an Erbgemeinschaften von den beiden Ehegatten unterschrieben (Beilage, leider nur in italienische verfügbar)
5. Im Falle von erfolgten Schenkungen oder Teilhabe an Erbgemeinschaften, muss die zur Feststellung der finanziellen Situation notwendige Dokumentation beigefügt werden.
6. Die Kopien der Steuerabrechnungen von letzten 10 Jahren. Die letzte ausgestellte vollständige Steuerabrechnung (z.Bsp.: im Jahr 2016 ist es die Steuerabrechnung des Jahres 2014). Diese wird als Grundlage für die Errechnung des Taggeldes benützt.
7. Die Kopie einer Bankbelege oder Postbelege betreffend die eingetragene Renten (AHV, Pensionskasse, zusätzliche Renten) des laufenden Jahres
8. Kopie den Prämienrechnungen der Krankenkasse der zwei vergangene Jahren und Kopie Bestätigung der bezahlten Betrag für den laufenden Jahr.
9. Die Entscheid betreffend eventueller Ergänzungsleistungen der AHV Kasse
10. Die Entscheid betreffend den Hilflosenentschädigungen der IV (in dieser Fall sind die Dokumente von dem Punkt 6 nicht mehr notwendig)
11. Ärztliches Attest (Beilage)

Die Person wird nur in die Warteliste aufgenommen, wenn die gewünschten, kompletten Unterlagen eingereicht sind (Punkt 1-10) und die Kontaktperson für die administrative Fragen bestimmt ist.

Die Direktion

Bestätigung für die Aufhebung des **ARZTGEHEIMNISSES**

Jedes Altersheim hat einen gesetzmässigen Verwaltungs- und Gesundheitsdirektor (verantwortlicher Arzt).

Damit der Patient nach den neusten Erkenntnissen gepflegt werden kann, muss der verantwortliche Heimarzt über sämtliche Informationen die seinen Gesundheitszustand betreffen, verfügen.

Aus diesem Grund muss der Patient seinen Hausarzt (behandelnde Arzt) vom Arztgeheimnis, zugunsten des Heimarztes befreien. Es ist für den Verwaltungsdirektor nur für allgemeine Auskünfte befreit.

Es braucht vom Patienten deshalb eine schriftliche Zusage. Bei Unfähigkeit des Patienten wird die Zustimmung von seinem gesetzlichen Vertreter oder von seinen Verwandten eingeholt. Dieses Dokument ist der formelle Akt zur Aufhebung des Arztgeheimnisses und wird der Aerztekartei beigelegt.

Um die Privatsphäre des Patienten zu schützen ist das ganze Pflegepersonal ans Berufsgeheimnis gebunden so wie es im Gesundheitsgesetz, Artikel 20 vom 18. April 1989 und im Schweiz. Strafgesetzbuch Art. 321 vorgesehen ist. Das Verwaltungspersonal seinerseits untersteht dem Bürogeheimnis.

Der/die Unterzeichnete:

Vorname:..... Name:..... Geburtsdatum:.....

bestätigt, den behandelten Arzt, Dr.....
zugunsten des verantwortlichen Arztes (Heimarzt) vom Arztgeheimnis zu befreien. Er wird ermächtigt, der Verwaltungsdirektion die nötigen Informationen, die Folgen für die Mitbewohner oder die Organisation des Hauses haben könnten, weiterzuleiten.

Ort & Datum: Unterschrift:

Gesetzlicher Vertreter :

Name..... Vorname.....

Ort & Datum: Unterschrift:.....

Einverständnis zur Aufhebung des Berufsgeheimnis und des Datenschutzes

Die Krankenversicherer führen regelmässige Besuche in den Altersheimen durch um die Wirksamkeit und die Angemessenheit der Pflege ihrer Versicherten zu überprüfen. Mittels eigene Angestellte, die case-manager, führen sie Begegnungen mit den Patienten durch (audit) und nehmen Einsicht in die Pflegeakten.

Die case-manager sind ausgebildete Krankenpfleger sind aber nicht, im Sinne des Gesundheitsgesetzes, anerkanntes Pflegepersonal; weder das Bundesgesetz noch die kantonale Gesetzgebung sehen eine automatische Aufhebung des Berufsgeheimnisses gegenüber den case-manager vor.

Aus diesem Grunde können die Gesundheitsdaten der Patienten in den Altersheimen und speziell die Einsicht der Datenkartei nur mit ausdrücklichem Zugeständnis des Gastes erfolgen.

Die Übermittlung von Daten der Gäste an Drittpersonen unterliegt grundsätzlich den Vorschriften des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes.

Dieses Einverständnis des Gastes zur Aufhebung des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes gestattet der Heimführung die notwendigen Informationen und Daten die der Durchführung der Kontrollen dienen den case-manager zu Verfügung zu stellen

Der/die Unterzeichnete:

Vorname:..... Name:..... Geburtsdatum:.....

erklärt sein Einverständnis die Hausleitung und den verantwortlichen Hausarzt von der Pflicht des Berufsgeheimnisses und des Datenschutzes gegenüber seiner Krankenkasse zu befreien. Er gestattet im besonderen die Einsicht der Pflegekartei und die Übermittlung von benötigten Informationen an den case-manager und/oder dem Vertrauensarzt seiner Krankenkasse.

Ort & Datum: Unterschrift:

Gesetzlicher Vertreter :

Name..... Vorname.....

Ort & Datum: Unterschrift:.....

Dichiarazione

La Signora / il Signor.....

ev. rappresentato legalmente da

dichiara che a partire dal 1. settembre 1981 fino alla data odierna

NON ha fatto donazioni o anticipi ereditari di sostanza immobiliare e/o mobiliare

ha fatto le donazioni e/o gli anticipi ereditari che vengono indicati qui sotto
(allegare p.f. copia rogiti, estratti registro fondiario al momento della donazione
ed ev. notifica di tassazione dell'Ufficio imposte di successione e donazione)

Sostanza immobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>numero mappale</i>	<i>Comune</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore di stima alla data di devoluzione</i>	<i>oneri/debiti ceduti con la sostanza</i>

Sostanza mobiliare devoluta per donazione e/o come anticipo ereditario

<i>descrizione dei beni devoluti (contanti, azioni, gioielli, ecc.)</i>	<i>data di devoluzione</i>	<i>valore complessivo dei beni devoluti</i>	<i>valore di eventuali oneri/debiti ceduti</i>

Con la firma della presente confermo la veridicità e completezza dei dati dichiarati sopra ed autorizzo l'Ufficio anziani e cure a domicilio a richiedere eventuali ulteriori informazioni all'Ufficio delle imposte di successione e donazione, Lugano

Data:.....

Firma:
(dell'ospite o del suo rappresentante legale)

ATTENZIONE: nel caso di ospiti coniugati la presente dichiarazione deve essere compilata e firmata da **entrambi** i coniugi.



Certificato medico

(Per l'incarto medico, da indirizzare alla direzione)

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo : _____

Disturbi Fisici

Disturbi cardiovascolari:

Disturbi respiratori:

Disturbi digestivi:

Capacità visiva:

Capacità uditiva:

Altri disturbi:

Disturbi psichici:

Orientamento spazio temporale:

Psicosi:

Depressione:

Disturbi caratteriali:

Tendenze suicidali:

Etilismo:

Mini Mental Test (risultato):

Grado di autonomia

E' in grado di compiere gli atti quotidiani:.....

Incontinenza urinaria:

Incontinenza encopretica :

E' costretto/a a letto ?

Può vestirsi da solo/a ?

Può lavarsi da solo/a ?

Può mangiare da solo/a ?

Deambulazione :

Diversi:

Malattie infettive:

Malattie contagiose:

Allergie :

Lo stato attuale è : stazionario
 suscettibile di peggioramento

Necessità Terapeutiche e dietologiche:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osservazioni

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Luogo e data:

Timbro e firma del medico

Disposizioni del/della paziente | Versione adattata per Centro anziani Casa Rea

Formulate da

Cognome, nome _____

Data di nascita _____ Domicilio _____

Nel caso in cui io fossi incapace di discernimento, desidero

- che siano adottate tutte le misure mediche adeguate (compresa la rianimazione) per il trattamento della malattia acuta e affinché io possa riacquistare la capacità di discernimento;
oppure
- non essere rianimato e che non siano effettuate misure di medicina intensiva (in particolare respirazione artificiale);
oppure
- non essere rianimato, ma autorizzo un trattamento in un reparto intensivo.

Qualora dopo una stabilizzazione iniziale delle mie condizioni, risultasse poco probabile che io ritrovi la mia capacità di discernimento e il pericolo di un lungo periodo di cure fosse elevato, desidero che

- vengano protrate tutte le misure per tenermi in vita fino a quando ci sia ancora una speranza che ritrovi la mia capacità di discernimento;
- si rinunci ad altre misure per mantenermi in vita.

In ogni caso, desidero un trattamento efficace dei dolori e di altri sintomi gravosi quali paura, irrequietezza, difficoltà respiratorie e nausea.

- Ho designato come mio rappresentante la persona indicata qui di seguito e l'autorizzo a far valere la mia volontà presso le persone che mi curano. Dispongo che questa persona sia informata sul mio stato e coinvolta nelle decisioni e abbia pertanto accesso alla mia cartella medica; libero espressamente dal segreto medico nei suoi confronti tutti i medici e il personale curante.

Cognome, nome _____

Indirizzo NPA/Località _____

Telefono Priv. _____ Uff. _____ Portatile _____

E-mail _____

Qualora il mio rappresentante non potesse essere contattato o per altri motivi non potesse assumere questo compito, designo la seguente persona come subentrante:

Cognome, nome _____

- Ho discusso con il mio rappresentante le disposizioni del/della paziente.

Cognome, nome del medico curante _____

Indirizzo NPA/Località _____

Telefono Priv. _____ Uff. _____ Portatile _____

E-mail _____

Ho discusso con il mio medico curante le disposizioni del/della paziente.

Donazione d'organi

Desidero donare i miei organi e do il mio consenso al prelievo di tutti gli organi, tessuti e cellule dal mio corpo e all'attuazione delle misure mediche preliminari necessarie in vista della donazione di organi. Se a questo scopo fossero necessarie delle misure intensive, do il mio consenso.

Autorizzo unicamente il prelievo di _____

Non consento alla donazione d'organi.

Con le mie disposizioni desidero innanzitutto ottenere...

<p>... che tutte le possibilità mediche per tenermi in vita siano applicate. La mia sofferenza deve però essere alleviata il meglio possibile. Sono cosciente del fatto che il tenermi in vita come da me desiderato potrebbe comportare dei gravosi inconvenienti.</p> <p><input type="checkbox"/> Coincide al meglio con la mia opinione.</p>	oppure	<p>... che il trattamento medico serva soprattutto ad alleviare le sofferenze. Il prolungamento della mia vita ad ogni costo per me non ha priorità. Sono cosciente del fatto che rinunciando a determinati trattamenti medici la mia vita potrebbe essere accorciata.</p> <p><input type="checkbox"/> Coincide al meglio con la mia opinione.</p>
---	--------	--

Luogo/Data _____

Firma _____

Nota bene: conservi le sue disposizioni del paziente in modo che si possano trovare in caso di necessità. Può depositare una copia presso il suo medico curante. Non mandi, per favore, le sue disposizioni del paziente alla FMH/ASSM. Le Direttive ASSM in merito alle disposizioni del paziente si trovano sul sito www.samw.ch e per ulteriori informazioni sul tema disposizioni del paziente si consulti il sito www.fmh.ch > *Disposizioni del paziente.*