

Telefon 055 254 31 11 (Mo–Fr 9–11.30 und 14–17 Uhr)

Fax 055 254 31 12

E-Mail breitlen@azbreitlen.ch

Internet www.azbreitlen.ch

Anmeldeformular Alters- und Pflegeheim Breitlen und Alterssiedlung

| | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------------|---|
| Name: | ..... | Konfession: | ..... |
| Vorname: | ..... | Beruf (früher): | ..... |
| Geburtsdatum: | ..... | AHV-Nr. (neu): | ..... |
| Zivilstand: | ..... | Krankenkasse: | ..... |
| Adresse: | ..... | Sektion: | ..... |
| PLZ / Wohnort: | ..... | Mitglied-Nr.: | ..... |
| | | Karten-Nr.: | ..... |
| Tel.-Nr.: | ..... | Spitalversicherung: | |
| Bürgerort: | | <input type="checkbox"/> allgemein | <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat |
| Staatsbürger: | ..... |  |  |
| momentaner Aufenthaltsort: | ..... |  |  |
| Kontakt (Tel.-Nr.): | ..... |  |  |
| angemeldet in welcher Gemeinde: | ..... |  |  |
| Vorsorgeauftrag vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | Patientenverfügung vorhanden | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Rechnungsadresse

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr. P.:

Tel. Nr. G.:

Tel. Nr. Mobil:

E-Mail:

Beziehungsgrad:

Beistand oder Vormund: Ja Nein
(wenn ja, bitte bei „Beziehungsgrad“ vermerken)

1. Kontaktperson

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr. P.:

Tel. Nr. G.:

Tel. Nr. Mobil:

E-Mail:

Beziehungsgrad:

(Diese Adresse wird beim Eintritt an die Gemeinde Hombrechtikon weitergeleitet)

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Name / Vorname: | Name / Vorname: |
| Adresse: | Adresse: |
| PLZ / Wohnort: | PLZ / Wohnort: |
| Tel. Nr. P.: | Tel. Nr. P.: |
| Tel. Nr. G.: | Tel. Nr. G.: |
| Tel. Nr. Mobil: | Tel. Nr. Mobil: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Beziehungsgrad: | Beziehungsgrad: |

Hausarzt

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr.:

E-Mail:

weiter behandelnder Arzt

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Weitere Kontaktpersonen (SPITEX / Gemeindekrankenpflege, etc.)

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Name / Vorname:

Adresse:

PLZ / Wohnort:

Tel. Nr.:

E-Mail:

Gewünschte Zimmer- / Wohnungskategorie

Demenzabteilung

1er-Zimmer

2er-Zimmer

Pflegebereich

1er-Zimmer

2er-Zimmer

Alterssiedlung

1-Zimmer-Wohnung

2-Zimmer-Wohnung (Vorrang 2 Personen)

Finanzielle Verhältnisse

Um jedermann einen sorgenfreien Aufenthalt zu ermöglichen, bitten wir Sie diese Zusatzangaben auszufüllen.

Ich beziehe Ergänzungsleistungen der AHV / IV: ja

nein

Mein Einkommen deckt die Heimkosten: ja

nein

Mein Vermögen besteht über Fr. 50'000: ja

nein

Hilflosenentschädigung angemeldet: ja

nein

Ich wünsche ein Finanzierungsgespräch: ja

nein

Für Ausgleichsleistungen zur Verminderung der Kosten, respektive ermöglichen des Heimaufenthaltes verweisen wir auf das separate Schreiben.

Ärztliches Anmeldezeugnis bei bestätigtem Eintritt nachreichen.

Bemerkungen:

.....

.....

Datum der Anmeldung:

Unterschrift:

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular an folgende Adresse zu senden:

Alterszentrum Breitlen AG, Obstgartenstrasse 2, 8634 Hombrechtikon