

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

Pflegezentrum

Anmeldeformular Pflegezentrum Breitlen

Name: Konfession:
Vorname: Beruf (früher):
Geburtsdatum: AHV-Nr. (neu):
Zivilstand: Krankenkasse:
Adresse: Sektion:
PLZ / Wohnort: Mitglied-Nr.:
Tel.-Nr.: Karten-Nr.:
Heimatort: Nationalität:
momentaner Aufenthaltsort:
Kontakt (Tel.-Nr.):
angemeldet in welcher Gemeinde:
Vorsorgeauftrag vorhanden Ja Nein Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Rechnungsadresse

Name / Vorname:
Adresse:
PLZ / Wohnort:
Tel. Nr. P.:
Tel. Nr. G.:
Tel. Nr. Mobil:
E-Mail:
Beziehungsgrad:
Beistand oder Vormund: Ja Nein

1. Kontaktperson

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

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 / andere Institutionen)

Name / Vorname:	Name / Vorname:
Adresse:	Adresse:
PLZ / Wohnort:	PLZ / Wohnort:
Tel. Nr.:	Tel. Nr.:
E-Mail:	E-Mail:

Gewünschtes Zimmer Pflegezentrum

- Demenzbereich Pflegebereich

Einkommens- und Vermögensverhältnisse

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

Ich beziehe Ergänzungsleistungen der AHV / IV:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Einkommen deckt die Heimkosten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mein Vermögen besteht über Fr. 50'000:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung angemeldet:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich wünsche ein Finanzierungsgespräch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Finanzierung siehe AVB Seite 3, Punkt 4.1

Ärztliches Anmeldezeugnis

Vor dem Eintritt ins Heim muss ein ärztliches Anmeldezeugnis abgegeben werden.

Bemerkungen:
.....
.....

Datum der Anmeldung: Unterschrift:

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

Alterszentrum Breitlen AG, Obstgartenstrasse 2, 8634 Hombrechtikon