

Anmeldeformular

Seniorenwohnung Obstgartenstrasse

Name:		Konfession:	
Vorname:		Beruf (früher):	
Geburtsdatum:		AHV-Nr.:	
Zivilstand:		Krankenkasse:	
Adresse:		<i>Sektion:</i>	
PLZ / Wohnort:		<i>Mitglied-Nr.:</i>	
Tel.-Nr.		<i>Karten-Nr.:</i>	
Heimatort:		Spitalversicherung:	☐ allgemein ☐ privat
Nationalität:			☐ halbprivat

Momentaner Aufenthaltsort:

Kontakt (Tel.)

Angemeldet in der welcher Gemeinde?

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Rechnungsadresse

1. Kontaktperson

Name/Vorname:		Name/Vorname:	
Adresse:		Adresse:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon P.:		Telefon P.:	
Telefon G.:		Telefon G.:	
Telefon Mobil:		Telefon Mobil:	
E-Mail:		E-Mail:	
Beziehungsgrad:		Beziehungsgrad:	

Beistand oder Vormund ernannt? ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, Name und Telefon
Beistand/Vormund:

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name/Vorname:		Name/Vorname:	
Adresse:		Adresse:	
PLZ / Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon P.:		Telefon P.:	
Telefon G.:		Telefon G.:	
Telefon Mobil:		Telefon Mobil:	
E-Mail:		E-Mail:	
Beziehungsgrad:		Beziehungsgrad:	

Hausarzt

Name/Vorname:	
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Weiterer Arzt

Name/Vorname:	
Adresse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
E-Mail:	

Weitere Kontaktpersonen (Spitex / andere Institutionen)

Name/Vorname:		Name/Vorname:	
Adresse:		Adresse:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefon:		Telefon:	
E-Mail:		E-Mail:	

Gewünschte Wohnungskategorie (bitte ankreuzen):

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| ☐ 2½-Zimmer-Wohnung | ☐ für Einzelperson | ☐ für Ehepaar |
| ☐ 3½-Zimmer-Wohnung | ☐ für Einzelperson | ☐ für Ehepaar |

Einkommens- und Vermögensverhältnisse

Um Ihnen 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 CHF 50'000:	☐	ja	☐	nein
Hilflosenentschädigung angemeldet:	☐	ja	☐	nein
Ich wünsche ein Finanzierungsgespräch:	☐	ja	☐	nein

Ärztliches Anmeldezeugnis

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

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular an folgende Adresse:

Alterszentrum Breitlen AG

z.H. Empfang
Obstgartenstrasse 2
8634 Hombrechtikon

Alterszentrum Breitlen AG • Obstgartenstrasse 2 • 8634 Hombrechtikon
Tel: +41 55 254 31 11 • E-Mail: breitlen@azbreitlen.ch

www.azbreitlen.ch