



**Anmeldung**

\* Anmeldung ist für jede Person einzeln auszufüllen

**Pflegebereich**

**Gewünschter Eintritt**

- Dringlich                       Langzeitaufenthalt                       Kurzaufenthalt  
 Innerhalb 12 Monaten                       Vorsorglich

Bemerkung \_\_\_\_\_

**Personalien der vorgesehenen Person**

Name und lediger Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_

Tel. Privat. \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Muttersprache \_\_\_\_\_

Geb. Datum \_\_\_\_\_ AHV-Nr. <sup>1)</sup> \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Ehem. Beruf \_\_\_\_\_

Steuergemeinde \_\_\_\_\_

Schriften liegen bei welcher Gemeinde \_\_\_\_\_

**Gegenwärtiger Aufenthalt**

- Institution ( Spital, Klinik, etc.) \_\_\_\_\_  
 Privathaushalt \_\_\_\_\_

**Primär-Kontaktperson**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

Tel. Gesch. \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**Weitere Bezugspersonen**

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

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

Tel. Gesch. \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_  
Tel. Gesch. \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_  
Tel. Gesch. \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

- Leistungen aus Ergänzungsleitungen     Leistungen aus Hilflösenentschädigung  
 Patentenverfügung vorhanden     Vorsorgeauftrag vorhanden

- Beistandschaft vorhanden, wenn ja? *Bitte unten Kontaktdaten ausfüllen*

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat \_\_\_\_\_ Tel. Gesch. \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_ Tel. Mobil \_\_\_\_\_

#### Hausärztin / Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

#### Krankenkasse <sup>2)</sup>

Name \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Mitgliedernummer \_\_\_\_\_  
Bemerkung \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

#### Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1) **Kopie des Sozial-Versicherungsausweises (AHV-Nr) beilegen**

2) **Kopie der Versicherungskarte Ihrer Krankenkasse beilegen (vorne und hinten kopieren)**

**Bitte senden Sie das Anmeldeformular und die Kopien an:**  
Alters- und Pflegezentrum Rondo  
Sekretariat  
Rondoweg 2  
5745 Safenwil

Tel 062 788 70 20  
Fax 062 788 70 29  
[info@azrondo.ch](mailto:info@azrondo.ch)  
[www.azrondo.ch](http://www.azrondo.ch)