



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. _____

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 _____

- Bezug von Ergänzungsleitungen Bezug von Hilflosenentschädigung
 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 ¹⁾

Name _____ PLZ, Ort _____
Mitgliedernummer _____
Bemerkung _____

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Bemerkungen

¹⁾ **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

info@azrondo.ch
www.azrondo.ch