



## 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  
 Patientenverfügung 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>1)</sup>**

Name \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Kartenummer/VEKA-Nr. \_\_\_\_\_  
Bemerkung \_\_\_\_\_

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

#### **Bemerkungen**

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

<sup>1)</sup> **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](mailto:info@azrondo.ch)  
[www.azrondo.ch](http://www.azrondo.ch)