



Anmeldung

* Anmeldung ist für jede Person einzeln auszufüllen

Pflegebereich

Gewünschter Eintritt

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dringlich | <input type="checkbox"/> Langzeitaufenthalt | <input type="checkbox"/> Kurzeitaufenthalt |
| <input type="checkbox"/> Innerhalb 12 Monaten | <input type="checkbox"/> 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 _____ | |
| Rechnungsadresse _____ | |

Gegenwärtiger Aufenthalt

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Institution (Spital, Klinik, etc.) _____ |
| <input type="checkbox"/> 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 _____ | |

Siehe Rückseite

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 Hilfenentschädigung
☐ 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 ¹⁾

Name _____ PLZ, Ort _____
VEKA-Nr. (20stellig) _____
 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