

**Anmeldung**

* Anmeldung ist für jede Person einzeln auszufüllen

Pflegebereich**Gewünschter Eintritt**

- Dringlich Langzeitaufenthalt Kurzzeitaufenthalt
 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 _____
Rechnungsadresse _____

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 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