



Anmeldung Pflegezentrum

* Anmeldung ist für jede Person einzeln auszufüllen

Gewünschter Eintritt

- ☐ Dringlich ☐ Langzeitaufenthalt ☐ Kurzeitaufenthalt
☐ Innerhalb 12 Monaten ☐ Vorsorglich

Bemerkung

Personalien der vorgesehenen Person

Name und lediger Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Kanton

Tel. Privat.

Tel. Mobil

E-Mail

Konfession

Heimort

Muttersprache

Geb. Datum

AHV-Nr.

Zivilstand

Ehem. Beruf

Steuergemeinde

Schriften liegen bei welcher Gemeinde

Rechnungsadresse

- ☐ Bezug von Ergänzungsleistungen ☐ Bezug von Hilflosenentschädigung
☐ Patientenverfügung vorhanden ☐ Vorsorgeauftrag vorhanden

Gegenwärtiger Aufenthalt

- ☐ Institution (Spital, Klinik, etc.)
☐ Privathaushalt

Primär-Kontaktperson

Name

Vorname

Strasse

PLZ, Wohnort

Tel. Privat

Tel. Mobil

Tel. Gesch.

Verwandtschaftsgrad

E-Mail

Siehe Rückseite

Weitere Bezugspersonen

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Wohnort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Gesch.	_____	Verwandtschaftsgrad	_____
E-Mail	_____		

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Wohnort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Mobil	_____
Tel. Gesch.	_____	Verwandtschaftsgrad	_____
E-Mail	_____		

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

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Wohnort	_____
Tel. Privat	_____	Tel. Gesch.	_____
E-Mail	_____	Tel. Mobil	_____

Hausärztin / Hausarzt

Name	_____	Vorname	_____
Strasse	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon	_____		

Krankenkasse ¹⁾

Name	_____	PLZ, Ort	_____
------	-------	----------	-------

VEKA-Nr. (20stellig) _____

Bemerkung _____

Bemerkungen

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

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

