

Anmeldeformular - Pflegezentrum

Name	.....	Konfession	.....
Vorname	.....	Zivilstand	.....
Adresse	.....	Bürgerort	.....
PLZ/Wohnsitz	.....	AHV-Nr. (13 Ziffern)	.....
Tel. Nr.	.....	Krankenkasse	.....
Geb.Datum	.....	Sektion	.....
Beruf	.....	Mitglied-Nr.	.....
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

In Volketswil wohnhaft seit:

Momentaner Aufenthaltsort:

.....Tel. Nr.

Kontaktperson (evtl. gesetzlicher Vertreter)

Name
Vorname
Adresse
PLZ/Wohnort
Tel.Nr.
Natel
E-Mail
Beziehungsgrad

Rechnungsadresse

Name
Vorname
Adresse
PLZ/Wohnort
Tel.Nr.
Natel
E-Mail
Beziehungsgrad

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name
Vorname
Adresse
PLZ/Wohnort
Tel.Nr.
Natel
E-Mail
Beziehungsgrad

Name
Vorname
Adresse
PLZ/Wohnort
Tel.Nr.
Natel
E-Mail
Beziehungsgrad

Hausarzt:

Name
Adresse
Tel.Nr.

Ist Ihr Hausarzt bereit, Sie in Volketswil im Pflegezentrum zu betreuen? Ja Nein

Beanspruchen Sie gegenwärtig spitalexterne Dienstleistungen? JA NEIN

Wenn ja welche?

Hauspflege Krankenpflege Mahlzeitendienst

Andere

Kontaktperson, Tel. Nr.

ANMELDUNG FÜR DIE WOHNFORMEN:

Pflegeheim Pflegewohnung Gries Pflegewohnung Riethof

Alle Wohnformen

Gewünschte Zimmerkategorie: 1er-Zimmer 2er-Zimmer

Dringlichkeit: Innerhalb der nächsten 7 Tage 2 – 4 Wochen

1 – 6 Monate 7 – 12 Monate

Stationärer Aufenthalt: Gewünschter Eintritt:

Befristeter Aufenthalt: Von: Bis:

Grund der Anmeldung – Kurzer Situationsbeschreibung:

.....

.....

Bemerkung, Besonderes:

.....

.....

Datum der Anmeldung

Unterschrift

Unterschrift in Vertretung

Befreiung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Name. Vorname

Geb. Datum

Ich, der/die Unterzeichnete, ermächtige meinen Arzt, der Zentrumsleitung des Pflegezentrums Volketswil, bzw. der verantwortlichen Pflegefachperson im Falle eines Eintritts Auskünfte zu erteilen. Ich entbinde insofern meinen Arzt von der Einhaltung der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Ort und Datum

Unterschrift

Unterschrift in Vertretung

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular zusammen mit dem Arztbericht und evtl. weiteren Unterlagen an folgende Adresse zu senden:

VitaFutura AG
In der Au 5
8604 Volketswil