

Anmeldeformular - Tagesbetreuung

Name	.....	Konfession	.....
Vorname	.....	Zivilstand	.....
Adresse	.....	Bürgerort	.....
PLZ/Wohnsitz	.....	AHV-Nr. (11 Ziffern)	.....
Tel. Nr.	.....	Krankenkasse	.....
Geb.Datum	.....	Sektion	.....
Beruf	.....	Mitglied-Nr.	.....

Momentaner Aufenthaltsort:

.....Tel. Nr.

Kontaktperson (evtl. gesetzl. Vertreter)

Name

Adresse

PLZ/Wohnort

Tel.Nr.

Natel

E-Mail

Beziehungsgrad

Rechnungsadresse

Name

Adresse

PLZ/Wohnort

Tel.Nr.

Natel

E-Mail

Beziehungsgrad

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name

Adresse

PLZ/Wohnort

Tel.Nr.

Natel

E-Mail

Beziehungsgrad

Name

Adresse

PLZ/Wohnort

Tel.Nr.

Natel

E-Mail

Beziehungsgrad

Hausarzt:

Name

Adresse

Tel.Nr.

Beanspruchen Sie gegenwärtig spitalexterne Dienstleistungen? JA NEIN

Wenn ja welche?

Hauspflege Krankenpflege Mahlzeitendienst

Andere

Kontaktperson, Tel. Nr.

An welchen Tagen möchten Sie die Tagesbetreuung besuchen?

Mo Di Mi Do Fr

Ab wann möchten Sie in die Tagesbetreuung kommen?

Datum:

Grund der Anmeldung – Kurzer Situationsbeschrieb:

.....
.....
.....
.....

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 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