

Anmeldeformular | Wohnen mit Pflege

Name Bürgerort

Vorname Konfession

Adresse Beruf

PLZ/Ort AHV-Nr.

Tel. Nr. Krankenkasse

Geb. Datum Mitglied-Nr.

Zivilstand

Schriften in welcher Gemeinde hinterlegt:

Ist eine Patientenverfügung vorhanden JA NEIN

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden JA NEIN

Wenn ja, wo hinterlegt?

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung? JA NEIN

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? JA NEIN

Besitzen Sie einen EPD*-Zugang? JA NEIN

* Elektronisches Patientendossier
Wenn JA, bitte erteilen Sie der VitaFutura AG den Zugang.

Momentaner Aufenthaltsort:

..... Tel. Nr.

Anmeldung für:

Stationärer Aufenthalt: Gewünschter Eintritt:

Befristeter Aufenthalt: Von: Bis:

Bemerkung, Besonderes:

.....

.....

Hausarzt:

Name

Adresse

Tel. Nr.

Ist Ihr Hausarzt bereit, Sie hier «in der Au» in Volketswil zu betreuen? Ja Nein



1. Ansprechperson / Vertrauensperson:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name	.....	Tel. Nr.	.....
Vorname	.....	Tel. Geschäft	.....
Adresse	.....	Natel	.....
PLZ/Ort	.....	E-Mail	.....

2. Vertretung / Beistand:

Vertretende Person oder Beistand

Name	.....	Tel. Nr.	.....
Vorname	.....	Tel. Geschäft	.....
Adresse	.....	Natel	.....
PLZ/Ort	.....	E-Mail	.....

3. Weitere Angehörige:

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name	.....	Tel. Nr.	.....
Vorname	.....	Tel. Geschäft	.....
Adresse	.....	Natel	.....
PLZ/Ort	.....	E-Mail	.....

Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name	.....	Tel. Nr.	.....
Vorname	.....	Tel. Geschäft	.....
Adresse	.....	Natel	.....
PLZ/Ort	.....	E-Mail	.....

4. Rechnungsempfänger / Korrespondenz:

an Bewohner / Bewohnerin Ja Nein

Vertrauensperson Beistand

Angehörige: Verwandtschaftsgrad / Art der Beziehung:

Name	.....	Tel. Nr.	.....
Vorname	.....	Tel. Geschäft	.....
Adresse	.....	Natel	.....
PLZ/Ort	.....	E-Mail	.....

Datum:

Unterschrift Bewohnende/r

Unterschrift in Vertretung

Befreiung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Name Vorname

Geb. Datum

Ich, der/die Unterzeichnete, ermächtige meinen Arzt, der Heimleitung 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 Bewohnende/r

Unterschrift in Vertretung

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

Leben und Wohnen «In der Au»

In der Au 6
8604 Volketswil

E-Mail: info@vitafutura.ch