



Formular Anmeldung Pflegezentrum

Name	_____	Geb. Datum	_____
Vorname	_____	Bürgerort	_____
Adresse	_____	Zivilstand	_____
PLZ/Ort	_____	Konfession	_____
Tel. Nr.	_____	Beruf	_____
		AHV-Nr (13 Ziffern)	_____

Name Krankenkasse und Kenn-Nr. (20stellig) _____

Grundversicherung, Mitglieder-Nr. _____

Zusatzversicherung, Mitglieder-Nr. _____

Versicherungsklasse ☐ Allg. ☐ Halbprivat ☐ Privat

Schriften in welcher Gemeinde hinterlegt? _____

Momentaner Aufenthaltsort

_____ Tel. Nr. _____

Rechnungsadresse

Wichtigste Kontaktperson

Beziehungsgrad	_____	Beziehungsgrad	_____
Name	_____	Name	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Wohnort	_____
Tel. Nr. P	_____	Tel. Nr. P	_____
Natel	_____	Natel	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____

Bei Urteilsunfähigkeit, gesetzliche Vertretung * Ernennungsurkunde, Vollmacht, Vorsorgeauftrag

Beziehungsgrad	_____	Beziehungsgrad	_____
Rechtsgrund *	_____	Rechtsgrund *	_____
Name	_____	Name	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Wohnort	_____
Tel. Nr. P	_____	Tel. Nr. P	_____
Tel. Nr. G	_____	Tel. Nr. G	_____
Natel	_____	Natel	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____



Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Beziehungsgrad _____ Beziehungsgrad _____

Name	_____	Name	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Wohnort	_____
Tel. Nr. P	_____	Tel. Nr. P	_____
Tel. Nr. G	_____	Tel. Nr. G	_____
Natel	_____	Natel	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____

Name	_____	Name	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
PLZ/Wohnort	_____	PLZ/Wohnort	_____
Tel. Nr. P	_____	Tel. Nr. P	_____
Tel. Nr. G	_____	Tel. Nr. G	_____
Natel	_____	Natel	_____
E-Mail:	_____	E-Mail:	_____

Bisheriger Hausarzt

Name _____

Adresse _____

PLZ/Wohnort _____

Tel. Nr. _____

Spitex/Name _____

Adresse _____

PLZ/Wohnort _____



Gewünschte Zimmerkategorie

☐ 2er-Zimmer

☐ 1er-Zimmer

Gewünschter Aufenthalt

☐ stationär

(Bspw. rehabilitative Akut- und Übergangspflege, allgemeine Langzeitpflege, Schwerpunkt Palliative Care, Schwerpunkt Demenz)

☐ teilstationär

(Bspw. Tagesgäste, befristeter Aufenthalt)

Dringlichkeit

☐ sehr dringend

☐ Dringend

Gewünschter Eintrittstermin

_____ (Datum)

Beziehen Sie Hilfloosenentschädigung? ☐ Nein ☐ Ja

wie viel Fr. _____

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? ☐ Nein ☐ Ja

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wo hinterlegt?

Bemerkungen

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Taxordnung und die Angaben auf dem Formular zur Kenntnis genommen haben. Bei Abmeldung oder Verschiebung des Eintrittstermins verrechnen wir Ihnen eine Administrationsgebühr von Fr. 200.00.

Datum _____ Unterschrift _____

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

Gesundheitszentrum Dielsdorf
Beratungs- und Sozialdienst
Breitestrasse 11
8157 Dielsdorf

sozialdienst@gzdielsdorf.ch
Telefon 044 854 66 50