

# Anmeldung



## Alters- und Pflegeheim

Schachemer Str. 15  
8192 Glattfelden  
Tel. 044 868 14 20  
altersheim@glattfelden.ch

### Gewünschtes Eintrittsdatum / Aufenthalt

<input type="checkbox"/>	So rasch als möglich	<input type="checkbox"/>	Vorsorglich (unverbindliche Warteliste)
<input type="checkbox"/>	Daueraufenthalt		
<input type="checkbox"/>	Ferienaufenthalt	Von:	Bis:
<input type="checkbox"/>	Akut- Übergangspflege (AÜP)	Ab:	
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer (Pflegeabteilung)

### Personalien

Familienname		Lediger Name	
Vorname		Geburtsort	
Geburtsdatum		Heimatort	
Konfession		Beruf	
Zivilstand		AHV- Nummer	

### Zivilrechtliche Wohnsitzadresse

Ort / PLZ		Angemeldet seit	
Strasse Nr.		Telefon	
Natel		E-Mail	
Früherer Wohnsitz in Glattfelden:		Von:	Bis

### Gegenwärtiger Aufenthaltsort: (Spital, Kurhaus, Rehaklinik, anderes Heim etc.)

Aufenthaltsort		Telefon	
Strasse Nr.		Natel	
Ort / PLZ		E-Mail	

### Nächste Angehörige / Bezugsperson

(Verwandschaftsgrad: z.B. Sohn, Tochter, Bekannte /Art der Vertretung: Beistand Vertretung)

#### 1. Ansprechperson / Vertrauensperson

Verwandschaftsgrad / Art der Vertretung			
Nachname		Tel. Privat	
Vorname		Tel. Geschäft	
Ort / PLZ		E-Mail	
Strasse Nr.		Natel	

### Vertretung / Beistand

<input type="checkbox"/>	Vertretung gemäss Vorsorgeauftrag	<input type="checkbox"/>	Beistand
Nachname		Tel. Privat	
Vorname		Tel. Geschäft	
Ort / PLZ		E-Mail	
Strasse Nr.		Natel	

### Weitere Bezugspersonen

Verwandschaftsgrad / Art der Beziehung			
Nachname		Tel. Privat	
Vorname		Tel. Geschäft	
Ort / PLZ		E-Mail	
Strasse Nr.		Natel	

### Ärzte

#### Hausarzt

Name		Tel. Praxis	
Ort / PLZ		Strasse Nr.	

#### Arzt bei Heimaufenthalt

Name		Tel. Praxis	
Ort / PLZ		Strasse Nr.	

<b>Versicherungen</b>			
<b>Krankenkasse</b>			
Gesellschaft		Versicherten Nr.	
Ort / PLZ		Strasse Nr.	
Telefon			
<b>Unfallversicherung nach Invalidenversicherungsgesetz (IVG)</b>			
Gesellschaft		Police Nr.	
<b>Haftpflichtversicherung</b>			
Gesellschaft		Police Nr.	

<b>Rechnungsempfänger</b>			
Rechnung an Bewohner		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nachname		Ort / PLZ	
Vorname		Strasse Nr.	

<b>Dokumente</b>			
Patientenverfügung (Falls ja bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein	Beistandschaft (Falls ja bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag (Falls ja bitte Kopie beilegen)	<input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein		

<b>Bemerkungen</b>

Ort / Datum

Bewohnerin / Bewohner / Vertretung

---



---