

Anmeldung

Haus Ruggacker, Haus Oberdorf, Pflegewohnung (Bereich Langzeitpflege und Ferienzimmer)

Personalien

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____ Heimatort _____
AHV-Nr. _____ Nationalität _____
Zivilstand _____ Telefon-Nr. _____
Konfession _____ Mobil-Nr. _____
Geburtsname _____ E-Mail-Adresse _____

Angehörige / Bezugspersonen

Erste Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon-Nr. _____ Mobil-Nr. _____
E-Mail-Adresse _____
Verwandschafts- / Bekanntschaftsgrad _____

Weitere Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon-Nr. _____ Mobil-Nr. _____
E-Mail-Adresse _____
Verwandschafts- / Bekanntschaftsgrad _____

Hausarzt

Name _____ Telefon-Nr. Praxis _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____

(bitte wenden)

Alters- und Gesundheitszentrum

Versicherungen

Krankenkasse

Name _____ Versichertennummer _____

Kennnummer der Karte (20-stellig) _____

Privathaftpflicht

Name Versicherer _____ Policennummer _____

Hilfsmittel und physischer Zustand

Rollator Rollstuhl Andere Hilfsmittel _____

Sehschärfe beeinträchtigt Gehör eingeschränkt

Gewünschte Wohnform

Haus Ruggacker (bei Bedarf an umfassender Pflege)

Einzelzimmer Doppelzimmer

Haus Ruggacker – geschützter Wohnbereich für Menschen mit Demenz

Einzelzimmer Doppelzimmer

Dreierzimmer Viererzimmer

Haus Ruggacker – Ferienzimmer (bitte gewünschte Aufenthaltsdauer angeben)

Von _____ bis _____

Haus Oberdorf (bei leichtem Pflege- und Betreuungsbedarf)

Einzelzimmer

Pflegewohnung (umfassende Pflege möglich)

Einzelzimmer Doppelzimmer

Wann möchten Sie einziehen?

So bald wie möglich (Warteliste) * Vorsorgliche Anmeldung (Interessentenliste)

* Für eine definitive Anmeldung (Einzug so bald wie möglich) benötigen wir ein ausgefülltes Arztzeugnis.

Elektronisches Patientendossier

Ja Nein Wenn vorhanden, bitte Zugriff für AGZ erteilen.

Datenschutz

Damit das Alters- und Gesundheitszentrum Dietikon (AGZ) Ihre Bezugspersonen auf Anfrage angemessen über Ihren Gesundheitszustand oder medizinische Behandlungen informieren kann, benötigen wir Ihre Entbindung der gesetzlichen Geheimhaltungspflicht (z. B. vom Berufsgeheimnis).

Ort / Datum _____ Unterschrift _____