

Anmeldung Tageszentrum

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 _____
Verwandtschafts- / Bekanntschaftsgrad _____

Weitere Bezugsperson

Name _____ Vorname _____
Strasse _____ PLZ / Ort _____
Telefon-Nr. _____ Mobil-Nr. _____
E-Mail-Adresse _____
Verwandtschafts- / 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 Besuchsfrequenz

Anzahl Tage pro Woche

1 2 3 4

Wann möchten Sie mit dem Besuch beginnen?

Datum _____

Hinweise

Für die Anmeldung benötigen wir ein ausgefülltes Arztzeugnis.

Für die Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse (Pflegetaxe) benötigen Sie zudem eine ärztliche Verordnung.

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 _____