

Anmeldung

Wichtige Hinweise:

Wir unterstützen Sie dabei, das für Sie passende Angebot zu finden. Die Zuteilung der Zimmer oder Studios erfolgt durch uns und orientiert sich an Ihrem individuellen Pflege- und Unterstützungsbedarf sowie an der aktuellen Verfügbarkeit. Ihre Wünsche berücksichtigen wir dabei so weit wie möglich. Ein Studio in der Seniorenresidenz muss aus eigenen Mitteln finanziert werden können. Mit Ergänzungs-/Zusatzleistungen können die Kosten nicht gedeckt werden.

Haus / Zimmer _____ **Einzugsdatum** _____

(wird durch AGZ ausgefüllt)

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 _____

Alters- und Gesundheitszentrum

Hausarzt/Hausärztin

Name _____ Telefon-Nr. Praxis _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Empfänger/in Vertrag

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Finanzen

Rechnungsempfänger/in

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon-Nr. _____ Mobil-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Bezahlung der Rechnung

☐ per LSV / DebitDirect

☐ mit Einzahlungsschein

Versicherungen

Krankenkasse

Name _____ Versichertennummer _____

Kennnummer der Karte (20-stellig) _____

Privathaftpflicht

Name Versicherer _____ Policen-Nummer _____

Telefonanschluss durch AGZ

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Fr. 22.00 monatlich inkl. Gesprächsgebühren und Telefonapparat, falls gewünscht.

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 _____

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an agz@dietikon.ch.