Stadt Dietikon
Alters- und Gesundheitszentrum

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/Studio _____ **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 _____
Beziehungsgrad _____
Korrespondenz ☐ per E-Mail ☐ per Briefpost

Weitere Bezugsperson

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

Stadt Dietikon

Alters- und Gesundheitszentrum

Hausarzt/Hausärztin

Name_____ Telefon-Nr. _____

Strasse_____ PLZ / Ort _____

E-Mail-Adresse _____

Empfänger/in Vertrag

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Rechnung

Empfänger/in der Rechnung

Name _____ Vorname _____

Strasse _____ PLZ / Ort _____

Telefon-Nr. _____ Mobil-Nr. _____

E-Mail-Adresse _____

Rechnungsversand

☐ per E-Mail ☐ E-Bill

☐ per Briefpost

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

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.