

Anmeldung

Personalien

Name _____	Vorname _____
Strasse _____	PLZ / Ort _____
Geburtsdatum _____	Heimatort _____
AHV-Nr. _____	Nationalität _____
Zivilstand _____	Telefon-Nr. _____
Konfession _____	Mobil-Nr. _____
Ledigname der Frau _____	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 _____

Krankenkasse

Name _____	Versichertennummer _____
Kennnummer der Karte (20-stellig) _____	

Privathaftpflicht

Name Versicherer _____	Policennummer _____
------------------------	---------------------

(bitte wenden)

Hilfsmittel

☐ Rollator ☐ Rollstuhl

Andere Hilfsmittel _____

Physischer Zustand

☐ Sehschärfe beeinträchtigt

☐ Gehör eingeschränkt

Gewünschte Wohnform

Haus Oberdorf, bei leichter Hilfestellung

☐ Einzelzimmer

Pflegewohnung

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

Haus Ruggacker, bei Bedarf an umfassender Pflege

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

Geschützter Bereich für an Demenz erkrankte Menschen

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

☐ Dreierzimmer

☐ Viererzimmer

Seniorenresidenz, Wohnen mit Dienstleistungen

☐ 1-Zimmer-Studio

☐ 2-Zimmer-Studio

Bitte bevorzugte Wohngeschosse ankreuzen

☐ Gartengeschoss

☐ Erdgeschoss (Hochparterre)

☐ 1. Obergeschoss

☐ 2. Obergeschoss

☐ 3. Obergeschoss

☐ keine Wünsche

☐ Ferienzimmer, Aufenthaltsdauer

von _____ bis _____

☐ Tageszentrum

Anzahl Tage pro Woche ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Wann möchten Sie einziehen?

☐ So bald wie möglich (Warteliste)

☐ Vorsorgliche Anmeldung (Interessentenliste)

Hinweis: Bei einem 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 _____