

Anmeldung

Seniorenresidenz – Wohnen mit Dienstleistungen

Wichtiger Hinweis:

*Ein Studio in der Seniorenresidenz muss aus eigenen Mitteln finanziert werden können.
Mit Ergänzungs-/Zusatzleistungen können die Kosten nicht gedeckt werden.*

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

Gewünschtes Studio

Grösse

1-Zimmer-Studio

2-Zimmer-Studio

Bevorzugte Wohngeschosse

Gartengeschoss

Erdgeschoss (Hochparterre)

1. Obergeschoss

2. Obergeschoss

3. Obergeschoss

keine Wünsche

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 sowie einen Auszug der letzten Steuererklärung, aus dem das jährliche Einkommen und das Vermögen hervorgehen.

Beilagen

Arztzeugnis

Steuerauszug der letzten Steuererklärung

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 _____