

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 _____	
Verwandschafts- / Bekanntschaftsgrad _____	

Weitere Bezugsperson

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

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 _____ 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.

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 _____