

Anmeldung

Vielen Dank für Ihr Interesse an einem Aufenthalt im Betagtenzentrum Dösselen. Gerne nehmen wir nach Erhalt der Anmeldung Kontakt mit Ihnen auf. Wir freuen uns, Sie kennen zu lernen.

Voraussichtliches Eintrittsdatum

Personalien

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Geburtsdatum

Zivilstand

Nationalität

Telefon

Mobile

E-Mail

Heimatort

Schriften in

seit Datum

AHV-Nr.

Konfession

Krankenkasse

Vers. Nr.

Finanzierung

Beziehen Sie eine Ergänzungsleistung zur AHV/IV?

☐

ja

☐

nein

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

☐

ja

☐

nein

wenn ja

☐

kleine

☐

mittlere

☐

grosse

Ärztliche Versorgung (Namen, Adressen)

Hausarzt

Adresse, PLZ, Ort

Telefon

Patientenverfügung vorhanden?

☐

ja

☐

nein

Vorsorgeauftrag vorhanden?

☐

ja

☐

nein

Zahnarzt

Adresse, PLZ, Ort

Telefon



BETAGTENZENTRUM
D Ö S S E L E N

Andere Ärzte

Adresse, PLZ, Ort

Telefon

Adressen der Angehörigen/Bezugspersonen

Primärkontakt, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

Gewünschte Benachrichtigung

☐

Tag

☐

Nacht

2. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

3. Bezugsperson, Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Adresse, PLZ, Ort

Mobile

E-Mail

Mit der Anmeldung anerkenne ich die aktuellen Bestimmungen wie Taxordnung, Hausordnung, etc., welche die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorstehenden Angaben bestätigen.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben. Bitte senden Sie das Formular an Betagtenzentrum Dösselen, Zielacherstrasse 8, 6274 Eschenbach oder per Mail an bewohneradministration@doesselen.ch