



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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> wenn ja	<input type="checkbox"/> kleine	<input type="checkbox"/> mittlere	<input type="checkbox"/> grosse

Ärztliche Versorgung (Namen, Adressen)

Hausarzt			
Adresse, PLZ, Ort			
Telefon			
Pateientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Zahnarzt			
Adresse, PLZ, Ort			
Telefon			



BETAGTENZENTRUM
DÖSSELEN

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 bestätigten.

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