

Anmeldeformular

Austritt nach Einhaltung einer 14-tägiger
Kündigungsfrist jederzeit möglich.

Name	_____	Konfession	_____
Vorname	_____	Bürgerort	_____
Geb. Datum	_____	Beruf	_____
Zivilstand	_____	AHV-Nr. (11 Ziffern)	_____
Adresse	_____	Krankenkasse	_____
PLZ/Wohnsitz	_____	Sektion	_____
Tel.Nr.	_____	Mitglied-Nr.	_____

Momentaner Aufenthaltsort:

_____ Tel. Nr. _____

Rechnungsadresse:

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Kontaktperson (evtl. gesetzl. Vertreter):

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Weitere Bezugspersonen / Angehörige:

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Vertrauenspersonen, welche für schwierige Entscheidungen konsultiert werden sollten:

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. P _____
Tel.Nr. G _____
Natel _____
Beziehungsgrad _____

Hausarzt:

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. _____

Weitere Kontaktpersonen

(Spitex, Gemeindekrankenpflege):

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel.Nr. _____

Gewünschte Zimmerkategorie:

- 1er-Zimmer
- 2er-Zimmer

Versicherung:

- Allgemein
- Halbprivat
- Privat

Dringlichkeit:

- Vorsorglich
- Dringend

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

- Nein
- Ja

wieviel Fr. _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

- Nein
- Ja

- Daueraufenthalt:
Gewünschter Eintritt:
- Befristeter Aufenthalt:
Von: Bis:

Bemerkungen:

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die aktuelle Taxordnung zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Datum der Anmeldung _____ **Unterschrift** _____

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular zusammen mit dem Arztzeugnis und evtl. weiteren Unterlagen an folgende Adresse zu senden:

KZU - Bettendisposition
Im Bächli 1
8303 Bassersdorf