

## ANMELDEFORMULAR für

- Pflegezentrum Bächli, Bassersdorf
- Pflegezentrum Kloten
- Pflegezentrum Embrach

Name	_____	Konfession	_____
Vorname	_____	Bürgerort	_____
Geb. Datum	_____	Personal Nr.(AHV)	_____
Zivilstand	_____	Ausgleichskasse	_____
Strasse	_____	Krankenkasse	_____
PLZ / Ort	_____	Sektion	_____
Tel. Nr.	_____	KK-Mitglieder-Nr.	_____
Mobil	_____		
Steuerrechtlicher			
Wohnsitz	_____		

**Aktueller Aufenthaltsort:** \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger:

Name	_____
Adresse	_____
PLZ / Ort	_____
Tel.Nr. P	_____
Tel.Nr. G	_____
Mobil	_____
Beziehungsgrad	_____

### Primäre Kontaktperson:

Name	_____
Adresse	_____
PLZ / Ort	_____
Tel.Nr. P	_____
Tel.Nr. G	_____
Mobil	_____
Beziehungsgrad	_____

### Evtl. gesetzl. Vertreter (z.B. Beistandschaft / Vormundschaft)

Name	_____
Adresse	_____
PLZ / Ort	_____
Tel.Nr. P	_____
Tel.Nr. G	_____
Mobil	_____
Beziehungsgrad	_____

### Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name	_____
Adresse	_____
PLZ / Ort	_____
Tel.Nr. P	_____
Tel.Nr. G	_____
Mobil	_____
Beziehungsgrad	_____



**Weitere Bezugspersonen / Angehörige:**

Name	_____	Name	_____
Adresse	_____	Adresse	_____
PLZ / Ort	_____	PLZ / Ort	_____
Tel.Nr. P	_____	Tel.Nr. P	_____
Tel.Nr. G	_____	Tel.Nr. G	_____
Mobil	_____	Mobil	_____
Beziehungsgrad	_____	Beziehungsgrad	_____

**Hausarzt:**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. \_\_\_\_\_

**Involvierte Institutionen: (z.B. Spitex)**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. \_\_\_\_\_

**Gewünschte Zimmerkategorie:**

- 1er-Zimmer
- 2er-Zimmer

**Aufenthalt:**

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

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

- Nein
- Ja

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die aktuelle Tarifordnung 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 Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit  
Bettendisposition  
Im Bächli 1, 8303 Bassersdorf