

Bei Ehepaaren bitte zwei Anmeldeformulare ausfüllen

Personalien

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Zivilstand: Konfession:
Strasse: PLZ / Ort:
Tel.-Nr.: Rechtlicher Wohnsitz:
Handy-Nr.: Beruf:
Hausarzt: AHV-Nummer:
Krankenkasse: Versicherungsnummer:
In Wetzikon niedergelassen seit: Heimatort:

Wohnsituation vor dem Eintritt

Privathaushalt Spital anderes Heim

Kontaktperson

Name: Vorname:
Strasse: PLZ / Ort:
Tel.-P: Tel.-G:
Verwandtschaftsgrad: Handy-Nr:
E-Mail:

Finanzielles

Bei Fragen bezüglich Ergänzungsleistungen können Sie sich an die Abteilung Sozialversicherung der Stadt Wetzikon wenden.

Besonderes

Ich habe eine Patientenverfügung ja nein
Ich habe einen Vorsorgeauftrag ja nein

Ich benötige Hilfe beim An- und Ausziehen ja nein
Ich benötige Hilfe bei der Körperpflege ja nein
Ich benötige Hilfe beim Essen ja nein
Eigener Rollator ja nein
Eigener Rollstuhl ja nein
Ich bin Nichtraucher Raucher

Ich habe ein Haustier, das ich gerne mitbringen möchte?
 ja nein

Wenn ja, welches?

Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben, ermächtigt die Leitung Pflegezentrum, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltung.

Datum: Unterschrift:

Unterschrift/Visum MA Pflegezentrum Wildbach:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit Entgegennahme dieser Anmeldung die Aufnahme nicht zusichern können.