

# Gesuch um Aufnahme

## Art des Pensionsvertrages

- Befristete Aufnahme auf max. 6 Monate, Aufnahme bis: \_\_\_\_\_*  
 *Unbefristete Aufnahme ab spätestens 6 Monate*

## Personalien

Name, Vorname		
Adresse		
Tel.		
Geb.-Datum		AHV-Nr.
Heimatort	Kanton	Konfession
Beruf (vor Pensionierung)		
Zivilstand		
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		

## Informationen, medizinisch

Gegenwärtiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Anderes Heim <input type="checkbox"/> Spital <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung
Betreuung zu Hause	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Spitex <input type="checkbox"/>
Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Was ist das Ziel vom Aufenthalt?	
Sind sie noch in einer anderen Einrichtung angemeldet?	
Bisher behandelnder Hausarzt:	
Krankenkasse, Ort	Mitglied-Nr.
Zusatzversicherung, Ort	Mitglied-Nr.

## Nächste Angehörige

<b>1.Kontaktperson:</b> Name, Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Adresse	
Tel.	
<input type="checkbox"/> Tagsüber <input type="checkbox"/> 24 Std.	
Email	
<b>2.Kontaktperson:</b> Name, Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Adresse	
Tel.	
<input type="checkbox"/> Tagsüber <input type="checkbox"/> 24 Std.	
Email	

## Gesetzlicher Vertreter

<input type="checkbox"/> Beistand privat <input type="checkbox"/> Beistand amtlich	<input type="checkbox"/> weitere gesetzliche Vertretung <input type="checkbox"/> Andere
Name, bzw. Institution	
Adresse/ Tel.	
Name, bzw. Institution	
Adresse/ Tel.	

## Gewünschte Zimmerkategorie

<input type="checkbox"/> Einbettzimmer	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Dreibettzimmer (Demenzabteilung)
--	---	--

## Hilfe und Unterstützung

<input type="checkbox"/> Fürsorge/ Sozialhilfe			
<input type="checkbox"/> Invalidenversicherung			
<input type="checkbox"/> Unfallversicherung			
<input type="checkbox"/> Angehörige			
<input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> In Abklärung
<input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> In Abklärung

## Rechnung/ Depot

<b>Wer ist der Rechnungsempfänger?</b>	
Adresse	
Tel.	
<b>Wer bezahlt das Depot?</b>	
Adresse	
Tel.	
<b>Rechnungsbegleichung</b>	
Wir erklären uns einverstanden, die Rechnung via Lastschriftenverfahren (LSV) zu bezahlen.	
<input type="checkbox"/> Ja, <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Nein*	
*Bei Verzicht auf das Einrichten des LSV, wird pro Monatsrechnung eine Bearbeitungsgebühr von CH25.- erhoben.	

Wir bescheinigen, dass der Bewohner über die Anmeldung informiert ist und wir die Taxordnung und grundsätzliche Bestimmungen erhalten und zur Kenntnis genommen haben.	
Ort, Datum	Unterschrift gesetzlicher Vertreter/ Angehöriger
Ort, Datum	Unterschrift Bewohnenden

PZ Rotacher  
Schwerzelbodenstrasse 41  
8305 Dietlikon  
Tel. 044 835 71 71  
Fax. 044 835 71 77  
info@pz-rotacher.ch

Pflegezentrum  
Rotacher   
Gute Pflege hat einen Namen

## Ärztliche Betreuung im PZR

Frau/ Herr \_\_\_\_\_ wird am \_\_\_\_\_ in das  
Pflegezentrum Rotacher eintreten.

Für die ärztliche Betreuung stehen ihr/ ihm zwei Möglichkeiten zur Auswahl:

Frau/ Herr \_\_\_\_\_ wünscht sich weiterhin von ihrem/ seinem  
Hausarzt betreut zu werden. Deshalb müssen die ärztlichen Konsultationen im  
Pflegezentrum Rotacher stattfinden.

Frau/ Herr \_\_\_\_\_ hat sich entschieden, dass zukünftig die  
ärztliche Betreuung durch den ärztlichen Dienst des Pflegezentrums Rotacher  
übernommen werden soll. Dieser wird sich bei Bedarf mit dem bisherigen Hausarzt in  
Verbindung setzen.

Die Hausärztin/ Hausarzt, Frau/ Herr \_\_\_\_\_ ist durch  
den Bewohnenden, Angehörigen/ Vertreters über diese Entscheidung informiert.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Bewohnenden/ Angehörigen/ Vertreters: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### **Info zum Hausarztmodell:**

Falls Sie das Hausarztmodell haben, muss Ihr bisheriger Hausarzt eine schriftliche Überweisung an den ärztlichen Dienst des Pflegezentrums Rotacher ausstellen. Dieses Schreiben können Sie Ihrer Krankenkasse zukommen lassen. So vereinfachen Sie sich die Administration.