

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

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

Gesetzliche Vertretung

<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"/> Hilflorenentschädigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> In Abklärung

Rechnung / Depot

Wer ist der Rechnungsempfänger?
Adresse
Tel.
Rechnungsbegleichung
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 CH 25.- 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 / Entbindung Schweigepflicht

Frau / Herr _____ geb. _____,
 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.

Mit dieser Unterschrift bestätigt Frau / Herr _____,
 dass der Ärztliche Dienst des Pflegezentrums Rotacher sämtliche notwendigen und
 relevanten Informationen bezüglich Pflegeaufenthalt im Pflegezentrum Rotacher einholen
 darf und entbindet die angefragte Institution / Person von ihrer Schweigepflicht.

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.