

Personalien

Name: Vorname:
Geburtsdatum: Heimatort:
Zivilstand: Konfession:
Früher tätig als:
Wohnort: Strasse:
Telefon:
Krankenkasse:
Mitglieder-Nr.: Sektion:
Einweisender Arzt:
Hausarzt:

Zur Zeit im Spital Limmattal hospitalisiert? Ja Nein

Abteilung: Zimmer-Nr.

Zur Zeit in einem anderen Spital oder Heim? Ja Nein

Spital/Heim:
.....

Gewünschter Aufnahmetermin:

Gewünschte Aufenthaltsdauer: Dauernd
 Ferienbett (von - bis).....
(max. 4 Wochen)

Zimmer: Preise siehe Taxordnung Mehrbettzimmer
 2-er Zimmer
 (für 1-er Zimmer besteht eine interne Warteliste)

Haben Sie sich gleichzeitig auch in anderen Pflege- oder Krankenheimen angemeldet?

Wo?

Besitzen Sie bereits einen Rollstuhl? Ja Nein
 Gekauft Gemietet

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?

Ja Nein

Kontaktperson bei Eintritt:

Name:

Adresse:

.....

Telefon: Privat

 Geschäft oder Natel

Verwandschaftsgrad:

Gesetzlicher Vertreter (Name, Adresse, Telefon):

.....

.....

Zuständige Person für Korrespondenz und Rechnung:

.....

.....

Der Anmeldung sind eine Kopie des AHV Ausweises und des Schriftenempfangsscheines beizulegen.

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

Die Anmeldung ist zu richten an:

Pflegezentrum Spital Limmattal
Sekretariat
Urdorferstr. 100
8952 Schlieren