

ANMELDE- FORMULAR

Fassung September 2019



PFAUEN
DAS ZENTRUM FÜR PFLEGE UND BETREUUNG
Emil Burkhardt-Stiftung
Quellenstrasse 5
5330 Bad Zurzach

ANMELDUNG



ANMELDUNG
ZUM SOFORTIGEN EINTRITT



- Zimmer Pflege und Betreuung
- Leben mit demenzieller Entwicklung
- _____



ANMELDUNG
FÜR WARTELISTE



- Zimmer Pflege und Betreuung
- Leben mit demenzieller Entwicklung
- _____

PERSONALIEN

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefonnummer

Zivilstand

Konfession

Heimatort

AHV-Nummer

Steuerpflichtig/angemeldet in

Gegenwärtiger Aufenthaltsort

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

ANGABEN ZUR PERSONENSORGE MIT VERTRETUNG MEDIZINISCHE MASSNAHMEN

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

ANGABEN DER BEVOLLMÄCHTIGTEN PERSON FÜR ÜBRIGE ANGELEGENHEITEN

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

ERSTE ANSPRECHPERSON ODER ANGEHÖRIGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

ZWEITE ANSPRECHPERSON ODER ANGEHÖRIGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

DRITTE ANSPRECHPERSON ODER ANGEHÖRIGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

VIERTE ANSPRECHPERSON ODER ANGEHÖRIGE

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad

FINANZIELLES

DIE FINANZIELLEN ANGELEGENHEITEN ERLEDIGT EINE VERTRAUENSPERSON UND IST ZUGLEICH AUCH RECHNUNGSEMPFÄNGER

RECHNUNGSZAHLER/-EMPFÄNGER

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Tel. Privat

Tel. Geschäft

Tel. Handy

E-Mail

Bezug zu Bewerber

HAUSARZT

WÜNSCHEN SIE WEITERHIN DURCH IHREN HAUSARZT BETREUT ZU WERDEN?

JA NEIN

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

ZAHNARZT

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

AUGENARZT

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

HÖRAKUSTIKER

Name

Vorname

Strasse

PLZ

Ort

Telefonnummer

Faxnummer

KRANKEN-, UNFALLVERSICHERUNG

Krankenkasse

Geschäftsstelle

Telefonnummer

Faxnummer

Mitgliednummer

Haben Sie eine Zusatzversicherung

JA

NEIN

PATIENTENVERFÜGUNG ALLGEMEINES

Patientenverfügung vorhanden?

JA

NEIN

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?

JA

NEIN

PERSÖNLICHE WÜNSCHE

Bemerkungen

EINTRITT

Bei einem Eintritt in den Pfauen – Das Zentrum für Pflege und Betreuung bleiben die Ausweisschriften (Heimatschein) in der jetzigen Wohngemeinde deponiert. Sofern Sie nicht in Bad Zurzach wohnhaft sind, muss der Aufenthaltsausweis auf der Gemeinde Bad Zurzach abgegeben werden.

Mit Ihrer Unterschrift ermächtigen Sie die Geschäftsleitung und die Pflegedienstleitung des Pfauen – Das Zentrum für Pflege und Betreuung, beim Hausarzt sowie bei Spitälern medizinische Unterlagen einzufordern und entbinden auskunftsgebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen Schweigepflicht.

Die Geschäftsleitung sowie die Pflegedienstleitung sind verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Wir verweisen darauf, dass über eine Aufnahme erst nach notwendigen Abklärungen entschieden werden kann und somit mit der Anmeldung keine Aufnahme zugesichert ist.

Ort, Datum

Bewerber/Bewerberin/Gesetzliche Vertretung

Eingangsdatum

Visum

