

## Anmeldung Pflegezentrum

### Personalien

|              |       |              |       |
|--------------|-------|--------------|-------|
| Name         | _____ | Vorname      | _____ |
| Strasse      | _____ | PLZ/Ort      | _____ |
| Telefon      | _____ | Mobile       | _____ |
| E-Mail       | _____ |              |       |
| Geburtsdatum | _____ | AHV-Nummer   | _____ |
| Heimatort    | _____ | Nationalität | _____ |
| Zivilstand   | _____ | Konfession   | _____ |

### Arzt, Krankenkasse und Ausgleichskasse

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr. \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ausgleichskasse \_\_\_\_\_

### Letzte Wohnform vor dem Eintritt

Privathaushalt

Spital Limmattal      Abteilung: \_\_\_\_\_      Zimmer: \_\_\_\_\_

Anderes Spital oder Institution \_\_\_\_\_

Spitex-Betreuung vor dem Eintritt

### Eintritt in das Pflegezentrum Spital Limmattal

Gewünschter Aufnahmeterrn \_\_\_\_\_

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer

Daueraufenthalt

Kurzaufenthalt oder Übergangspflege

Übergangspflege mit ärztlicher Verordnung (max. 14 Tage)

Ferienaufenthalt

Gewünschte Abteilung

Pflegeabteilung

Demenzabteilung

Hospiz

Gewünschter Zimmertyp

1er Zimmer     2er Zimmer     4er Zimmer

Fortsetzung auf Seite 2 >

## Angehörige und Bezugspersonen

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beistand) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beistand) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beistand) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beistand) \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
 E-Mail \_\_\_\_\_  
 Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beistand) \_\_\_\_\_

Besteht eine Patientenverfügung?  ja, *bitte Kopie beilegen*  nein  
 Besteht ein Vorsorgeauftrag?  ja, *bitte Kopie beilegen*  nein  
 Besteht eine Beistandschaft?  ja, *bitte Kopie Ernennungsurkunde beilegen*  nein

## Finanzierung

- Die Rechnungsstellung erfolgt an Bewohner.
- Die Rechnungsstellung erfolgt an Bezugsperson, welche über die Vollmacht zur Erledigung Ihrer administrativen und finanziellen Angelegenheiten verfügt.

---

---

---

- Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?  ja, bitte Verfügung beilegen  nein
- Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?  ja, bitte Verfügung beilegen  nein

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie beim Eintritt eine unverzinsliche Sicherheitsleistung von Fr. 7'000 zu entrichten haben (im Falle einer Beistandschaft Fr. 10'000). Wenn Sie diese Depotleistung nachweislich nicht aus eigenen Mitteln leisten können, übernimmt die Gemeinde diese Forderung in Form einer subsidiären Kostengutsprache, die wir beantragen werden. Der Eintritt in das Pflegezentrum Spital Limmattal kann erfolgen, wenn die Finanzierung des Aufenthaltes sichergestellt ist.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Falls Bewohner nicht unterschreiben kann, Unterschrift des bevollmächtigten Vertreters.

\_\_\_\_\_

- Beilagen:
- Kopie der Identitätskarte/Ausländerausweis
  - Kopie Krankenversicherungskarte (Vorder- und Rückseite)
  - Kopie der aktuellen Steuerveranlagung
  - Kopie Patientenverfügung, falls vorhanden
  - Kopie Vorsorgeauftrag, falls vorhanden
  - Kopie Ernennungsurkunde Beistandschaft, falls vorhanden
  - weitere: \_\_\_\_\_

◀ zurück zu Seite 2