ALTERS ZENTRUM AM BACH

Überall für alle SPITEX Birmensdorf Aesch

Spitex Anmeldeformular

PERSONALIEN

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geb.datum: _____ Zivilstand: _____

Tel. Nr.: _____ Natel: _____

AHV-Nr.: _____ Email: _____

Letzter zivilrechtlicher Wohnsitz (falls nicht identisch mit Wohnort): _____

Vorsorgeauftrag vorhanden (bitte Kopie beilegen) ja ☐ nein ☐
Patientenverfügung vorhanden (bitte Kopie beilegen) ja ☐ nein ☐
Ergänzungsleistungen zur AHV ja ☐ nein ☐
Ergänzungsleistungen zur IV (bitte Kopie beilegen) ja ☐ nein ☐
Hilflosenentschädigung ja ☐ nein ☐

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

1. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. G./Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. G./Privat: _____

Natel: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

ALTERS ZENTRUM AM BACH

RECHNUNGSADRESSE

Falls nicht identisch mit „Personalien“, bitte hier angeben:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____

HAUSARZT

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

SPEZIALARZT

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Tel. Nr.: _____ E-Mail: _____

KRANKEN- BZW. UNFALLVERSICHERUNG

Name Krankenkasse (KK): _____ KK-Karte Kopie: ja ☐

Für IV-Bezüger (nur bei direkter Abrechnung mit IV-Stelle), Kinder unter 18 Jahren sowie für Leistungen aufgrund eines Unfalls wird keine Patientenbeteiligung verrechnet.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Spitex-Broschüre, das Orientierungsblatt sowie die Tarifordnung erhalten haben und damit einverstanden sind. Zudem ermächtigen Sie die zuständigen Vertreter des Alterszentrums am Bach, bei medizinischen Institutionen, involvierten Dienstleistenden, Ihrer Krankenversicherung sowie der Wohngemeinde die notwendigen Unterlagen einzufordern. Damit entbinden Sie Auskunft gebende Personen oder Instanzen von der ärztlichen bzw. gesetzlichen Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Datum: Unterschrift Klient/-in oder gesetzlicher Vertreter/-in:

_____ _____