

ANMELDUNG PFLEGEWOHNUNG BÄRETSWIL

Eingangsdatum:

Eintrittsdatum / Zi:

DRINGLICHKEIT

- Eintritt so bald als möglich
 Vorsorglich (Warteliste)
 Ferienaufenthalt von bis
 Langzeit
 Kurzzeit
 Tagesgast
 Klient Spitex Bäretswil

PERSONALIEN

Name, Vorname:		Tel:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Zivilstand:		Konfession:	
Heimatort:		Staatsangehörigkeit:	
Früherer Beruf:			
Gegenwärtige Adresse:			
Schriften deponiert in der Gemeinde:			
AHV-Nr.:			

ANGABEN DES EHEGATTEN (FALLS VERHEIRATET)

Name, Vorname (lediger Name)			
Früherer Beruf:		Geburtsdatum:	

KRANKENKASSE

Name:		Tel:	
Adresse:			
Versicherten-Nr.:			

HAUSARZT

Name, Vorname:		Tel:	
Adresse:			

SPEZIALIST (EVTL.)

Name, Vorname:		Tel:	
Adresse:			

HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

Name:		Tel:	
Adresse:			

GESETZLICHER VERTRETER ODER BEVOLLMÄCHTIGTER

Name, Vorname:		Tel:
Adresse:		

RECHNUNGSEMPFÄNGER

Die Rechnung geht an den Bewohner / die Bewohnerin oder an:

Name, Vorname:		Tel:
Adresse:		
Konto-Nr.		

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

Name, Vorname:		
Adresse:		
Telefon/Mobil:	Kontaktieren: <input type="checkbox"/> Tag / Nacht <input type="checkbox"/> nur am Tag	
E-Mail		
Wie verwandt:		
Bemerkung		

ANGEHÖRIGE ODER KONTAKTPERSONEN

Name, Vorname:		
Adresse:		
Telefon/Mobil:	Kontaktieren: <input type="checkbox"/> Tag / Nacht <input type="checkbox"/> nur am Tag	
E-Mail		
Wie verwandt:		
Bemerkung		

Nebenstehende Angaben bitte ausfüllen, wenn «Eintritt so bald als möglich» bzw. Eintritt ist in Bearbeitung	Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> Kopie erhalten	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden
	Vorsorgeauftrag:	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> vorhanden	<input type="checkbox"/> Kopie erhalten <input type="checkbox"/> nicht
	Ergänzungsleistungen:	<input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
	Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> nicht beantragt
	Krankenkassenkarte:	<input type="checkbox"/> 3 Kopien (Vorder- und Rückseite)	<input type="checkbox"/> Langzeitpflegeversicherung	<input type="checkbox"/> nein
	Telefon von PW:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Reanimation (mechan. u./o. medizin. Rea)		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Spitaleinweisung bei Verschlechterung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
	Datum /Unterschr. Bew. / Vertr.		Datum / Unterschr. HL od. Pflegedienstleitung	
	_____		_____	

Ort, Datum

Der/die Gesuchsteller/in

Bitte senden Sie die Anmeldung an:

Pflegewohnung Bäretswil
Ursi Fasser, Pflegedienstleitung
Kirchstrasse 4, 8344 Bäretswil

Tel: 043 833 40 50
E-Mail: ursi.fasser@pflegewohnung-baeretwil.ch