



Anmeldeformular Betreuung und Pflege

Anmeldung für den Eintritt: ____ vorsorglich ____ dringlich
____ Ferien ____ Kurzaufenthalt /AÜP ____ Langzeitgast ____ Tagesaufenthalt
(min. 2 Wochen bis max. 3 Mt.)

Gewünschte/s Eintrittsdatum / Aufenthaltsdauer: _____

Persönliche Angaben

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Wohnort _____
wohnhaft in der aktuellen Wohngemeinde seit: _____
Heimatort _____ Telefon _____
E-Mail _____ Mobile _____
AHV-Nr. _____ Geburtsdatum _____
Zivilstand _____ Ehemaliger Beruf _____
Konfession _____
Momentaner Aufenthalt _____

Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten, vegetarisch, vegan, etc.)

Rechnungsadresse _____

(falls nicht Bewohner/in) physische Rechnung ☐ elektronisch ☐

Beim elektronischen Versand werden die Daten unverschlüsselt übermittelt. Ich erkläre mich mit meiner Unterschrift damit einverstanden.

Empfänger offizieller Briefpost _____
(falls nicht Bewohner/in)

Bitte geben Sie Ihre IBAN für eventuelle Rückzahlungen an:

IBAN: _____

Bank: _____

Krankenkasse

Name _____ Adresse _____
PLZ, Ort _____ Mitglieder-Nr. _____
Karten-Nummer _____ gültig bis _____

Hausarzt

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____

Angehörige

Erste Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____
E-Mail von Angehörigen, falls keine eigene E-Mail vorhanden _____

Weitere Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____

Weitere Kontaktperson

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____

Finanzielle Verhältnisse

Beziehen Sie a) eine Ergänzungsleistung zur AHV-Rente ____ ja ____ nein
b) eine Hilflosenentschädigung ____ ja ____ nein
c) Beistand ____ ja ____ nein

Kontaktperson Beistandschaft:

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ PLZ, Ort _____
Telefon _____ Mobile _____
E-Mail _____

Ein Heimaufenthalt setzt einen Vorschuss von CHF 3000 (Aufenthalt bis 3 Monate) bzw.
CHF 8000 (Aufenthalt länger als 3 Monate) voraus. Sie erhalten dazu eine separate Rechnung.



Zentrum
Sunnegarte
Bubikon

Verfügen Sie über?

Patientenverfügung ☐ ja ☐ nein

Vorsorgeauftrag ☐ ja ☐ nein

Bitte entsprechende Formulare (Kopie) beim Eintritt am Empfang abgeben.

Diese Anmeldung ist ohne Verpflichtung; die definitive Aufnahme erfolgt mit dem Pensionsvertrag.

Der/Die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der vorstehenden Angaben und ermächtigt die Pflegedienstleitung/Zentrumsleitung, beim Hausarzt oder Spital medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet somit den Arzt von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Datum und Ort

Unterschrift

(evtl. Unterschrift der gesetzlichen Vertretung)
