



Anmeldeformular

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Konfession
Bürgerort	Zivilstand
Strasse, Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mailadresse	
AHV-Nr. (im Format 000.0000.0000.00)	
Krankenkasse, Adresse, Karten Nr. (im Format 80756.____)	
Momentaner Aufenthaltsort	

Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ergänzungsleistungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> In Abklärung

Hausarzt Name, Ort

Kontaktpersonen

Kontaktperson 1 Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mailadresse, Beziehungsgrad	Kontaktperson 2 Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mailadresse, Beziehungsgrad
--	--

Gewünschte Wohnform <input type="checkbox"/> Pflegezentrum im Spitz <input type="checkbox"/> Pflegewohngruppe <input type="checkbox"/> Pflegestation Kirchgasse	Gewünschte Zimmerkategorie <input type="checkbox"/> 1er-Zimmer <input type="checkbox"/> 2er-Zimmer
Dringlichkeit <input type="checkbox"/> Vorsorglich <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt	Gewünschter Eintrittstermin

Rechnungsadresse

Name, Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Ort

Bemerkungen

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das Formular mit einer Kopie Ihrer Krankenkassenkarte an:

gesundheitundalter@kloten.ch

oder
Pflegezentrum im Spitz
Bewohneradministration
Schulstrasse 22
8302 Kloten

Unsere Datenschutzbestimmungen finden Sie unter: www.kloten.ch/datenschutz_ga