



**GESUNDHEITSNETZ
KÜSNACHT**

ALTERS- UND GESUNDHEITZENTREN

Bitte leer lassen	Eintrittsdatum	
	Zimmer	
	Reserviert ab	

Anmeldeformular - Pflegeinstitution

Gewünschter Standort

AGZ Tägerhalde

geschützte Wohngruppe (nur Tägerhalde)

AGZ Wangensbach

Gewünschter Aufenthalt

Langzeitaufenthalt

Kurzzeitaufenthalt (Gast/AÜP-Gast)

Wie haben Sie über dieses Angebot erfahren?

Arzt/Spital

Angehörige/Bekannte

Internet

Zeitung

Sonstige

Amtliche Personalien (bitte Kopie Identitätskarte oder Pass beilegen)

Name

Nationalität

Vorname

AHV-Nr.

Adresse

Konfession

PLZ/Wohnort

Tel. Festnetz

Geburtsdatum

Mobile

Zivilstand

E-Mail

Heimatort

Erste Bezugsperson gleichzeitig gesetzlicher Vertreter oder Beistand

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Tel. Festnetz P

Beziehungsgrad

Bemerkung

Anmeldeformular - Pflegeinstitution

Beistand

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

Weitere Bezugsperson

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	Tel. Festnetz P
Beziehungsgrad	
Bemerkung	

Rechnungsempfänger (wenn nicht identisch mit Gesuchsteller)

Name	Mobile
Vorname	E-Mail
Adresse	Tel. Geschäft
PLZ/Wohnort	
Bemerkung	

Anmeldeformular - Pflegeinstitution

Krankenkasse

Krankenkasse

Mitglied-Nr.

Bemerkung

→ Bitte eine Kopie des Krankenkassen-Versicherungsausweises oder der Police beilegen.

Hausarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

Zahnarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

Augenarzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

Facharzt

Name

Mobile

Vorname

E-Mail

Adresse

Tel. Geschäft

PLZ/Wohnort

Bemerkung

Anmeldeformular - Pflegeinstitution

Bitte beachten: Mit Ihrer Unterschrift entscheiden Sie sich für einen Heimeintritt. Ist ein Eintritt möglich, werden Sie von uns orientiert und ein verbindlicher Eintrittstermin vereinbart.

Lehnen Sie den verbindlichen Eintrittstermin ab, wird die Anmeldung storniert und eine Umtriebspauschale von Fr. 300.-- in Rechnung gestellt.

Der/Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Alters- und Gesundheitszentren Küssnacht allenfalls noch erforderliche Auskünfte (insbesondere Spital und Arzt) einzuholen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte legen Sie eine Kopie bei

- der Identitätskarte oder des Passes
- vom Krankenkassen-Versicherungsausweis oder der Police
- des aktuellen Arztberichtes (nur, wenn vorhanden)

Haben Sie Fragen, dann wenden Sie sich bitte vertrauensvoll an:
Gesundheitsnetz Küssnacht Beratung: T 044 913 13 13 oder beratung@gnkag.ch.