

ANMELDEFORMULAR (08/2025)

- Pflegezentrum Bächli, Bassersdorf
 Pflegewohnungen Nürensdorf

- Pflegezentrum Embrach
 Pflegewohnung Winkel

Name _____
Vorname _____
Geb. Datum _____
Zivilstand _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____
Mobil _____

Zivilrechtlicher
Wohnsitz _____
Konfession _____
Bürgerort _____
Personal Nr. (AHV) _____
Krankenkasse _____
Sektion _____
KK-Mitglieder-Nr. _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Ja Nein

Ist eine Beistandschaft vorhanden?

Ja Nein

Ist ein Vorsorgeauftrag* vorhanden?

Ja eingesetzt durch KESB Nein

Rechnungsempfänger/-in:

Name, Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beziehungsgrad _____

Vertretungsberechtigte Person*:

Name, Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beziehungsgrad _____

Weitere Angehörige:

Name, Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beziehungsgrad _____

Weitere Angehörige:

Name, Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon Privat _____
Telefon Geschäft _____
Mobil _____
E-Mail _____
Beziehungsgrad _____

* Vorsorgeauftrag und vertretungsberechtigte Person gemäss Erwachsenenschutzgesetz



Bisheriger Hausarzt/Hausärztin:

Name, Vorname _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Tel. Nr. _____
E-Mail _____

Involvierte Institutionen: (z.B. Spitex)

Name _____
Strasse / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Tel. Nr. _____
E-Mail _____

Gewünschte Zimmerkategorie:

- 1er-Zimmer
- 2er-Zimmer

Aufenthalt:

- Daueraufenthalt
- Befristeter Aufenthalt

gewünschter Eintritt: _____
von: _____ bis: _____

Bemerkungen:

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass die Angaben auf dem Anmeldeformular ordnungsgemäss sind und Sie die aktuelle Tarifordnung zur Kenntnis genommen haben.

Datum der Anmeldung: _____ Unterschrift: _____

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular zusammen mit dem Arztzeugnis und evtl. weiteren Unterlagen an folgende Adresse zu senden:

KZU Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit

Disposition
Im Bächli 1
8303 Bassersdorf
disposition@kzu.swiss