)KZU(

ANMELDEFORMULAR (08/2025)

Tageszentrum im Pflegezentrum Embrach

Name		Zivilrechtlicher Wohnsitz	
Vorname			
Geb. Datum		Konfession	
Zivilstand		Bürgerort	
Strasse / Nr.		Personal Nr. (AHV)	
PLZ / Ort		Krankenkasse	
Telefon Privat		Sektion	
Mobil		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:		**Vertretungsberechtigte Person*:**	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Strasse / Nr.		Strasse / Nr.	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon Privat		Telefon Privat	
Telefon Geschäft		Telefon Geschäft	
Mobil		Mobil	
E-Mail		E-Mail	
Beziehungsgrad		Beziehungsgrad	

Weitere Angehörige:		**Weitere Angehörige:**	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Strasse / Nr.		Strasse / Nr.	
PLZ / Ort		PLZ / Ort	
Telefon Privat		Telefon Privat	
Telefon Geschäft		Telefon Geschäft	
Mobil		Mobil	
E-Mail		E-Mail	
Beziehungsgrad		Beziehungsgrad	

* Vorsorgeauftrag und vertretungsberechtigte Person gemäss Erwachsenenschutzgesetz

)KZU(

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 _____

Gewünschter Aufenthalt:

☐ Mo ☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr

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