

Anmeldung

Alters- und Pflegezentrum ROSENGARTEN Gossau
 Laufenbachstrasse 21
 CH-8625 Gossau ZH
 Tel. +41 44 552 68 00
www.rosengarten-gossau-zh.ch

Personalien:

| | |
|------------------------|------------------|
| Name | Geburtsdatum |
| Vorname | AHV-Rr. |
| Strasse/Nr. | Krankenkasse |
| PLZ/Ort | Krankenkasse-Nr. |
| Telefon Nr. | Zivilstand |
| Heimatort | Konfession |
| Derzeitiger Aufenthalt | Ehemaliger Beruf |

Familienverhältnisse:

Bezugsperson, resp. Im Notfall zu benachrichtigende Person

| Bezugsperson(en) vollständige Adresse | Beziehung | Telefon-Nr. |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

Angaben zum Gesundheitszustand:

| Name und vollständige Adresse des Hausarztes | | |
|----------------------------------------------|--|--|
| | | |

- Einzelzimmer Doppelzimmer
 Dringend gewünschter Zeitpunkt des Heimeintrittes: _____
 Definitiv gewünschter Zeitpunkt des Heimeintrittes: _____
 Vorsorglich, voraussichtlicher Heimeintrittes: _____
 Ferienzimmer / Probewohnen C _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung bei Ihrem Hausarzt medizinische Einkünfte einzuholen und entbindet den Arzt gegenüber der Heimleitung von der Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Die Entgegennahme der Anmeldung ist keine Zusicherung zur Aufnahme ins Heim.