



Alters- und Pflegeheim Furtal Regensdorf

Weitere Bezugsperson Rechnungsempfänger

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon _____ Mobile _____

E-Mail _____

Beziehungsgrad _____

Ansprechperson für: Pflege

Zuständiger Hausarzt

Name, Vorname _____

Adresse _____

Adresse _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? Nein Ja, bitte Kopie beilegen

Ist ein elektronisches Patientendossier (EPD) vorhanden? Nein Ja

Gewünschter Eintritt / Dringlichkeit

Dringende Anmeldung (bei einem freien Bett werden wir Sie kontaktieren)
(Zwingend ausgefülltes Formular Entbindung vom Arztgeheimnis beilegen)

Vorsorgliche Anmeldung (Sie werden nicht von uns kontaktiert. Bei einem beabsichtigten Heimeintritt, bitten wir Sie, mit uns Kontakt aufzunehmen)

Bemerkungen

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie das Heimreglement und die aktuelle Taxordnung zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Datum der Anmeldung

Unterschrift