

Pfarrmatte: Tel. 055 415 35 35
Roswitha: Tel. 055 415 07 07
pflegezentren@freienbach.ch

Anmeldung für die Pflegezentren der Gemeinde Freienbach

Anmeldungsart

- Definitiver Eintritt (**Langzeit**)
 Ferienaufenthalt (**Kurzzeit**)
 Warteliste (**vorsorglich**)

Gewünschtes Haus

- Pfarrmatte, Freienbach
 Roswitha, Pfäffikon
 Demenzabteilung Roswitha
 Demenzabteilung Pfarrmatte

Gewünschter Eintrittszeitpunkt

Langzeit ab _____

Kurzzeit von _____ bis _____
(mind. 21 Tage)

Eintritt von: Spital Zu Hause Sozialmedizinische Institution

Einweisender Arzt oder Institution/Spital: _____

War Spitex oder Ähnliches vorgängig involviert? Ja, wer? _____

Gewünschte Zimmerkategorie

- Einzelzimmer
 Doppelzimmer
 Zimmer nach Absprache

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____ Konfession: _____

Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____

Wohnhaft in der Gemeinde Freienbach seit: _____

Bisherige Hausärztin / Bisheriger Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____ Email: _____

Krankenkasse Grundversicherung

(Bitte legen Sie eine Kopie der Krankenkassenkarte beider Seite bei)

Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____

Karten Nr.: _____

Sektion (Adresse): _____

Angehörige und Kontaktpersonen

1. Bezugsperson (Primärkontakt)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Mobil-Nr. _____

Email: _____

*Beziehungsgrad: _____

Kommunikation per Email erwünscht?

Ja Nein

2. Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon-Nr.: _____

Mobil-Nr. _____

Email: _____

*Beziehungsgrad: _____

Kommunikation per Email erwünscht?

Ja Nein

*Verwandtschaftsgrad oder Funktion (z.B. Beiständin)

Finanzielles

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig.

(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)

Die **Hauptansprechperson** für die Finanzen ist Bezugsperson: _____

Erhalten Sie Ergänzungsleistungen? Ja Nein

Erhalten Sie Hilflosenentschädigung? Ja Nein

Besteht eine Beistandschaft? Ja Nein

Wenn bei **Beistandschaft** "ja" gewählt, Bezugsperson: _____

Besteht der Treuhanddienst Pro Senectute: Ja Nein

Weitere Fragen

Patientenverfügung vorhanden Ja (Kopie beilegen) Nein

Vorsorgeauftrag vorhanden Ja (Kopie beilegen) Nein

Besteht eine Mitgliedschaft bei Exit, Dignitas o.Ä.? Ja Nein

Wünschen Sie einen Telefonanschluss? Ja Nein

Bringen Sie ein TV Gerät mit? Ja Nein

Möchten Sie ein TV Gerät mieten? Ja Nein

Bedarf von Möbel-Miete (Tisch, Stühle, TV-Möbel, Sessel) Ja Nein

Internetanschluss im Zimmer gewünscht? Ja Nein

Hinweis

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass über eine definitive Aufnahme erst nach erfolgten Abklärungen entschieden werden kann. Für alle Pflichten und Rechte sind das Reglement und die Taxordnung verbindlich.

Datum und Unterschrift

Bitte das Formular vollständig ausgefüllt vor dem Eintritt zurücksenden an:

Pflegezentren der Gemeinde Freienbach
Etzelstrasse 18
8808 Pfäffikon
Email: pflegezentren@freienbach.ch

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

(Angemeldete Person oder deren Bevollmächtigte)

Eingangsdatum: _____ Visum: _____