

## Anmeldung Pflegezentrum

### Gewünschte Abteilung

- ☐ Kurzzeitpflege
- ☐ Langzeitpflege
- ☐ Geschützte Demenzabteilung
- ☐ Offen Gerontopsychiatrie

### Gewünschte Aufnahmeart

- ☐ Kurzaufenthalt
- ☐ Langzeitaufenthalt
- ☐ Ferienaufenthalt

### Gewünschte Zimmerkategorie

- ☐ 1er Zimmer
- ☐ 2er Zimmer

## Personalien Bewohnerschaft

Name	Vorname
Geburtsdatum	Konfession
Heimatort	Steuerort
Adresse	PLZ / Wohnort
Telefonnummer	E-Mail
Zivilstand	Sozialversicherung Nr.
Hausarzt	Adresse Hausarzt
Krankenversicherung Grundversicherung	Versicherten Nr.
Krankenversicherung Zusatzversicherung	Versicherten Nr.

## Gesetzliche Vertretung

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Wohnort
Telefonnummer	E-Mail
Art der Vertretung: <input type="checkbox"/> Beistandschaft <input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung	Vertretung in folgenden Belangen <input type="checkbox"/> Finanziell <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> nur Beratung <input type="checkbox"/> Vollumfänglich

## Bankverbindungen

(für Rückzahlungen)

Name der Bank Adresse der Bank	IBAN Nr.
Kontoinhaber Adresse	Clearing

## 1. Ansprechperson

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Wohnort
Telefonnummer Privat	Mobile
E-Mail	Art des Bezugsverhältnisses

## 2. Ansprechperson

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Wohnort
Telefonnummer Privat	Mobile
E-Mail	Art des Bezugsverhältnisses

## Zustelladresse für Korrespondenzen / Rechnung

Name	Vorname
Adresse	PLZ / Wohnort

## Verschiedenes

<b>Telefonanschluss im Zimmer gewünscht</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Wäscheversorgung erfolgt durch</b> <input type="checkbox"/> Spital Zofingen <input type="checkbox"/> Angehörige
<b>Beziehen Sie Ergänzungsleistungen</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Bitte Kopien der folgenden Dokumente beilegen</b> <input type="checkbox"/> Identitätskarte / Pass <input type="checkbox"/> Krankenkasse Karte

Die Bewohnerschaft bestätigt, die Taxordnung des Pflegezentrums Spital Zofingen AG erhalten zu haben. Sie ist über die Finanzierung Ihres Aufenthalts im Pflegezentrum Spital Zofingen AG informiert und erklärt sich damit einverstanden.

Ort / Datum:      Unterschrift Bewohner/in:

.....

Ort / Datum:      Unterschrift gesetzlicher Vertretung:

.....