



«DAS ZUHAUSE MIT HERZ»

Pflege- und Beherbergungsvertrag

ANMELDUNG (nur gültig mit Arztzeugnis)

Persönliche Angaben

Name: Vorname:
Strasse: PLZ Wohnort:
Geburtsdatum: Heimatort:
Telefon: Zivilstand:
Konfession: Beruf:
Krankenkasse: Karten - Nr.:
AHV-Nummer: Vers. - Nr.:
Hausarzt: Ablauf / Datum :
Zimmertyp: Tagestaxe: CHF
+ Eigenanteil von max. CHF 23.00
+ Nebenleistungen nach KVG
+ RA/RUG

Eintritt erwünscht am:

Angehörige/Bezugspersonen

Name: Vorname:
Strasse: PLZ Wohnort:
Telefon: Mobil:
Beziehungsgrad: Email:

Angehörige/Bezugspersonen

Name: Vorname:
Strasse: PLZ Wohnort:
Telefon: Mobil:
Beziehungsgrad: Email:

Besteht bei Ihnen eine Beistandschaft ?

Nein Ja , bitte eine Kopie der Ernennungsurkunde beilegen

Name: Vorname:

Strasse: PLZ Wohnort:

Telefon: Mobil:

Email:

Wer regelt die administrativen Angelegenheiten und ist der Rechnungsempfänger ?

Name: Vorname:

Strasse: PLZ Wohnort:

Telefon: Mobil:

Email:

Besteht ein Anspruch auf :

Ergänzungsleistungen zur AHV Leistungen aus: IV Sozialhilfe

Sind sie im Besitz einer gültigen Patientenverfügung?

Nein Ja Datum: Aufbewahrungsort:

Kopie zu unseren Akten

Sind sie im Besitz eines gültigen Vorsorgeauftrages?

Nein Ja Datum: Aufbewahrungsort:

Kopie zu unseren Akten

Wurde Ihnen die Broschüre der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich

«Meine Rechte und Pflichten» datiert vom November 2018 abgegeben?

Nein Ja von Extern Ja beim Eintritt

Aufklärung über die freie Arztwahl

Die medizinische Versorgung im Gorwiden kann durch die Heimärzte sichergestellt werden. Sie haben die Möglichkeit Ihren Hausarzt zu behalten. Für diesen Fall müssen Sie Kontakt mit Ihrem Hausarzt aufnehmen und die Zusammenarbeit zwischen Ihrem Hausarzt und den Pflegeheim muss koordiniert werden.

Sie möchten Ihren Hausarzt behalten:

Ja Nein, ich bin mit der Versorgung durch die Heimärzte einverstanden.

Taschengeld:

Der Kostenträger beauftragt das Pflegeheim Gorwiden ein monatliches Taschengeld von CHF auszuzahlen und jeweils der Rechnung zu belasten.

Spezielle Abmachungen?

Nein Ja (z.B. Coiffure, Pédicure, Kleidereinkauf etc.)

(Die Auslagen dafür werden monatlich in Rechnung gestellt.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen und die derzeit gültigen Tarifvereinbarungen bilden Bestandteil dieses Vertrages. Ich habe sie ausgehändigt erhalten:

Ja Nein

Durch die nachstehende Unterschrift wird das Einverständnis bestätigt.

Ort und Datum:

Unterschrift:
(Bei Urteilsunfähigkeit Unterschrift
gesetzlicher Vertreter)

Sollte die Anmeldung nicht mehr in Frage kommen, bitten wir um schriftliche Mitteilung.

Pflegezentrum Gorwiden AG

Gorwiden 2, 8057 Zürich
Tel. (+41) 044 315 11 11
Fax.(+41) 044 315 11 21
Mail: pzg@gorwiden.ch