

**GIBELEICH****Alterszentrum**

Talackerstrasse 70

8152 Glattbrugg

Telefon 044/829 85 85

Fax: 044/829 85 55

alterszentrum@opfikon.ch

www.opfikon.ch

GIBELEICH**Wohngruppe Böschenmatte**

Böschwiesenstrasse 11

8152 Glattbrugg

Telefon 044/829 85 30 /-39

Fax: 044/829 85 90

alterszentrum@opfikon.ch

www.opfikon.ch

Anmeldeformular

Name _____	Konfession _____
Vorname _____	Bürgerort _____
Geb. Datum _____	Beruf _____
Zivilstand _____	AHV-NR (11Ziffern) _____
Adresse _____	Krankenkasse _____
PLZ/Wohnsitz _____	Sektion _____
Tel. Nr. _____	Mitglied Nr. _____
Post-Kto. _____	
Bank _____	Filiale: _____
Konto-Nr. _____	Clearing-Nr.: _____

Momentaner Aufenthaltsort

_____ Tel. Nr. _____

Rechnungsadresse

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel. Nr. P _____
Tel. Nr. G _____
Natel _____

Kontaktperson (ev. gesetzl. Vertreter)

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel. Nr. P _____
Te. Nr. G _____
Natel _____

Weitere Bezugspersonen / Angehörige

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel. Nr. P _____
Tel. Nr. G _____
Beziehungsgrad _____

Hausarzt

Name _____
Adresse _____
PLZ/Wohnort _____
Tel. Nr. _____
Natel _____

Weitere Kontaktpersonen (Spitex /Gemeindekrankenpflege etc.)

Name _____	PLZ/Wohnort _____
Adresse _____	Tel. Nr. _____

Gewünschte Zimmerkategorie Alterswohnung 2er-Zimmer 1er-Zimmer 1er-Zimmer Wohngruppe Gästezimmer Ferienzimmer Tageszimmer Tagesaufenthalt**Dringlichkeit** Vorsorglich Dringend Reha- oder
Ferienaufenthalt**Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?** Ja CHF _____ Nein**Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?** Ja CHF _____ Nein**ist eine Patientenverfügung vorhanden?** Ja Nein**Vertrauensperson welche für schwierige Entscheidungen konsultiert werden sollte**

Name _____

Name _____

Adresse _____

Adresse _____

PLZ/Wohnort _____

PLZ/Wohnort _____

Tel. Nr. P _____

Tel. Nr. P _____

Tel Nr. G _____

Tel. Nr. G _____

Natel _____

Natel _____

Beziehungsgrad _____

Beziehungsgrad _____

Gewünschter Eintrittstermin**Datum** _____**Gewünschter Reha-/Ferienaufenthalt**

von _____ bis _____

Gewünschter Tagesaufenthalt

von _____ bis _____

Zeit:

von _____ Uhr bis _____ Uhr

Wöchentlich am:**Mo****Di****Mi****Do****Fr****Sa****So****Bemerkungen**

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die aktuelle Taxordnung zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.**Datum der****Anmeldung** _____ **Unterschrift** _____

Wir bitten Sie, das Anmeldeformular an folgende Adresse zu senden:

**ALTERSZENTRUM GIBELEICH
Talackerstrasse 70
8152 Glattbrugg**