

Anmeldung für die Pflegestation B

Name* Vorname*

Strasse* Ort*

Geburtsdatum* Heimatort*

In Dübendorf wohnhaft seit (Schriften hinterlegt auf der Gemeinde)*:

Zivilstand* Konfession

Telefon* AHV-Nr.* 756.

EL-Bezüger*: Ja Nein (siehe Taxordnung 7.2)

im gleichen Haushalt lebende Angehörige

Arzt* (Hausarzt).....

Spez. Arzt (z.B. Psychiater, Neurologe).....

Krankenkasse Grundversicherung KVG*

Versicherungs-Nr.*: Versichertenkarten-Nr.*: 807.....

Gültigkeit der Krankenkassenkarte*: bds. Kopie der Krankenkassenkarte beiliegend

Name, Adresse und Tel-Nr. der **Angehörigen**:

.....

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson***:

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson in finanziellen Belangen*** (Gesetzgebung):

.....

Name, Adresse und Tel-Nr. des **Rechnungsempfängers***:

.....

Bemerkungen, Besonderes:

Gewünschtes Eintrittsdatum:

* = Pflichtfelder

Dübendorf, Unterschrift