

Anmeldung Entlastungsservice – Almacasa Friesenberg

Tag Nacht

Name: _____	Vorname: _____
Ledigname: _____	Zivilstand: _____
Geburtsdatum: _____	Heimatort: _____
AHV-Nr.: _____	Konfession: _____
Aktuelle Adresse: _____	PLZ / Ort _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	
Zivilrechtlicher Wohnsitz: _____	Kanton: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort (z.B. Eigener Haushalt, bei Familienangehörigen, Heim oder Spital):

Bezugsperson 1

Bitte notieren Sie die Adressen der Angehörigen / Bezugsperson in der Reihenfolge, in welcher wir bei einem Notfall informieren sollen. Mit der Unterzeichnung erklären Sie Ihr Einverständnis, dass diese Personen von uns auch informiert werden dürfen.

Name/Vorname: _____	Verwandtschaftsgrad: _____
Adresse: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	

Bezugsperson 2

Name/Vorname: _____	Verwandtschaftsgrad: _____
Adresse: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Mobile: _____
E-Mail: _____	

Weiterer Kontaktpersonen: Gerne können Sie uns für besondere Situationen auch weitere Bezugspersonen mitteilen, die wir in unserer Adressliste aufnehmen und dem Team des entsprechenden Wohnbereichs weiterleiten. Wenn Sie wünschen, dass weitere Personen erfasst werden, bitten wir Sie, uns diese Adresse mittels einer Beilage mitzuteilen.

Arzt

Hausarzt: _____ Adresse: _____

PLZ / Ort: _____ Telefon: _____

Krankenkasse

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr.: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Was tun Sie im Alltag gerne, wenn Sie sich dazu in der Lage fühlen?
(z.B. mithelfen beim Kochen, Rüsten oder im Garten etc.)?

Rechnungsempfänger

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

E-Mail: _____

Gewünschter Aufenthalt

Tag: MO / DI / MI / DO / FR / SA / SO
(maximal 4 Tage pro Woche)

Nacht: MO-DI / DI-MI / MI-DO / DO-FR / FR-SA / SA-SO
(maximal 4 Nächte / maximal 5 Tage pro Woche)

Einzugsdatum: _____

Bemerkungen:

Datum / Unterschrift

Name: _____ Vorname: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift _____

Wir bitten Sie, das Formular vollständig ausgefüllt an die untenstehende Adresse einzureichen. Unvollständig ausgefüllte Formulare können nicht bearbeitet werden. Die Anmeldung gilt erst mit einem Arztzeugnis als definitiv.

Almacasa – ein Angebot von www.spectren.ch
In der Luberzen 25 | 8902 Urdorf | www.almacasa.ch
Tel: +41 44 750 35 15 | Fax: +41 44 750 35 25 | E-Mail: info@almacasa.ch