

Kostengutsprache / Kostenübernahme

	ja	nein
■ Sind Sie Selbstzahler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Kommen Sie für den gesamten Pensionsbetrag auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Benötigen/erhalten Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Benötigen/erhalten Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie sich nicht als Selbstzahler bezeichnet haben, wer verpflichtet sich zur Bezahlung der Kosten?

Name:	Vorname:
Strasse:	Telefon Nr.:
PLZ/Ort:	

Angaben über den Gesundheitszustand:

Krankheiten, Gebrechen:
Benötigen Sie eine vom Arzt angeordnete Diät?

Covid

Sind Sie Covid geimpft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Impfstoff? <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Pfizer andere:
VACME Code: _ _ _ _ _ (wenn vorhanden)
<i>*bitte legen Sie die aktuelle Impfdokumentation oder das Zertifikat bei</i>

Bei Eintritt auszufüllen (bitte vorgängig abklären):

Ja Nein

- Vollmachtregelung
- Patientenverfügung
- Postvollmacht
- Haben Sie vor Eintritt SPITEX beansprucht?
- Benötigen Sie einen Telefonanschluss?
- Benötigen Sie eine/n Gehilfe/Rollator/Rollstuhl*?
*(*entsprechendes unterstreichen)*

Persönliche Mitteilungen:

Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller verpflichtet sich, die Kosten für den Aufenthalt im Alterszentrum Rümlang gemäss der jeweils geltenden Taxordnung fristgerecht zu bezahlen. Sie bzw. er bestätigt, die aktuell geltende Taxordnung erhalten und zur Kenntnis genommen zu haben:

Ort:	Datum:
Unterschrift:	

Wir bitten Sie, uns mitzuteilen, falls sich Ihre Situation verändert hat, damit wir unsere Reservationsliste aktualisieren können. **Herzlichen Dank**

