

## Anmeldung

Pflege- und Betreuungszentrum ROSENGARTEN Gossau

Laufenbachstrasse 21

CH-8625 Gossau ZH

Tel. +41 44 552 68 00

[www.rosengarten-gossau-zh.ch](http://www.rosengarten-gossau-zh.ch)

**Personalien:**

Name	Geburtsdatum
Vorname	AHV-Rr.
Strasse/Nr.	Krankenkasse
PLZ/Ort	Krankenkasse-Nr.
Telefon Nr.	Zivilstand
Heimatort	Konfession
Derzeitiger Aufenthalt	Ehemaliger Beruf

**Familienverhältnisse:**

Bezugsperson, resp. Im Notfall zu benachrichtigende Person

Bezugsperson(en) vollständige Adresse	Beziehung	Telefon-Nr.
1		
2		
3		

**Angaben zum Gesundheitszustand:**

Name und vollständige Adresse des Hausarztes		

- Einzelzimmer                       Doppelzimmer  
 Dringend gewünschter Zeitpunkt des Heimeintrittes: \_\_\_\_\_  
 Definitiv gewünschter Zeitpunkt des Heimeintrittes: \_\_\_\_\_  
 Vorsorglich, voraussichtlicher Heimeintrittes: \_\_\_\_\_  
 Ferienzimmer / Probewohnen C \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt die Heimleitung bei Ihrem Hausarzt medizinische Einkünfte einzuholen und entbindet den Arzt gegenüber der Heimleitung von der Schweigepflicht. Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt. Die Entgegennahme der Anmeldung ist keine Zusicherung zur Aufnahme ins Heim.