

Personenangaben

Name *	<input type="text"/>	Telefonnummer *	<input type="text"/>
Vorname *	<input type="text"/>	Mail	<input type="text"/>
Strasse / Nr. *	<input type="text"/>	Name Krankenkasse *	<input type="text"/>
Ort / PLZ *	<input type="text"/>	Zusatzversicherung	Ja Nein weiss nicht
Geburtsdatum *	<input type="text"/>	Versichertennummer	<input type="text"/>
Zivilstand	<input type="text"/>	AHV-Nummer	<input type="text"/>

weiblich männlich anderes

Informationen zur Anmeldung

Beschreibung: Grund der Anmeldung und benötigte Leistungen*

Gewünschte Dienstleistung	Allgemeine Pflege	Pflege für Menschen mit Demenz	Psychosoziale Pflege	Hauswirtschaft und Betreuung
Grund der Anmeldung	Krankheit	Unfall	Mutterschaft	
Gewünschter erster Einsatz	Nach Rücksprache	sobald als möglich	spezifisches Datum:	<input type="text"/>

Kontaktpersonen

Diese Anmeldung erfolgt durch *	Selbstanmeldung	Hausärztin/Hausarzt	Angehörige	Weitere Kontaktperson/ Organisation
--	-----------------	---------------------	------------	-------------------------------------

Hausärztin / Hausarzt *
(Name, Tel., Mail)

Angehörige
(Name, Tel., Mail, Verwandschaftsverhältnis)

Weitere Kontaktpersonen
(Name, Tel., Mail)

Alle mit * gekennzeichnete Angaben sind Pflichtfelder.

Erfolgt die Anmeldung durch eine Arztpraxis oder eine andere Organisation empfehlen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen ein Versand mit HIN Mail. Ärztliche Berichte und andere Überweisungsdokumente können im Mail mit der Anmeldung beigelegt werden.

an.service@spitex-zuerich.ch **senden**