

Übergangspflege

Gewünschtes Eintrittsdatum

Ferienaufenthalt

Gewünschtes Austrittsdatum

Die Mindestaufenthaltsdauer beträgt 7 Tage.

## Temporär-Gast

Name

Konfession

Vorname

Zivilstand

Geburtsdatum

AHV-Nr.

Heimatort

Telefon/Natel

Krankenkasse

Vers.-Nr.

Karten-Nr.

Gültig bis

Zugezogen von  
(Adresse)

**Besitzen Sie bereits eine Patientenverfügung?**

Kopie beilegen

Ja

Nein

**Besitzen Sie bereits einen Vorsorgeauftrag?**

Kopie(Teil Gesundheit) beilegen

Ja

Nein

**Möchten Sie telefonisch direkt erreichbar sein?**

Ja

Nein

**Haben Sie einen Beistand?**

Ja

Nein

**Sind Ihre Kleider mit Namen versehen?**

Beim Verlust von Kleidern ohne Namensschild wird die Haftung abgelehnt.

Ja

Nein

**Wer regelt den Postverkehr?**

Bewohner

Angehörige

Beistand

**Finanzierung Einzelzimmer**

Bitte legen Sie eine Kopie der letzten Steuerrechnung bei.

## Wie lautet die Rechnungsadresse?

## Angaben zum Hausarzt:

Macht Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin Hausbesuche im Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen?

Ja     Nein

<b>Name</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Vorname</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>Strasse</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<b>PLZ/Ort</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

Eventuell benötigte Hilfsmittel (z.B. persönlicher Alarm, Rollator etc.)

## Kontakt-/Bezugspersonen (z.B. Ehemann/Ehefrau, Tochter, Sohn, Schwester, Nefte usw.)

Bei Notfällen trägt die 1. Bezugsperson die Verpflichtung, alle weiteren Angehörigen zu informieren.

1. Bezugsperson*	2. Bezugsperson	3. Bezugsperson
Beziehung <input style="width: 100%;" type="text"/>	Beziehung <input style="width: 100%;" type="text"/>	Beziehung <input style="width: 100%;" type="text"/>
Name <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name <input style="width: 100%;" type="text"/>
Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Vorname <input style="width: 100%;" type="text"/>
Strasse / PLZ / Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>	Strasse / PLZ / Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>	Strasse / PLZ / Ort <input style="width: 100%;" type="text"/>
Telefon-Nr. Privat <input style="width: 150px;" type="text"/> Gesch. <input style="width: 150px;" type="text"/> Natel <input style="width: 150px;" type="text"/> E-Mail <input style="width: 150px;" type="text"/>	Telefon-Nr. Privat <input style="width: 150px;" type="text"/> Gesch. <input style="width: 150px;" type="text"/> Natel <input style="width: 150px;" type="text"/> E-Mail <input style="width: 150px;" type="text"/>	Telefon-Nr. Privat <input style="width: 150px;" type="text"/> Gesch. <input style="width: 150px;" type="text"/> Natel <input style="width: 150px;" type="text"/> E-Mail <input style="width: 150px;" type="text"/>

\*Um sicherzustellen, dass eine allfällige Zimmerräumung infolge Todesfalls in Treu und Glauben erfolgt, liegt die Vollmacht standardgemäss bei der ersten Bezugsperson. Vollmachtsüberschreibungen müssen dem APZB zeitnah gemeldet werden. Bei familiären Unstimmigkeiten lehnt das APZB jegliche Haftung ab.

### Bemerkungen

### Datenschutz

Das Alters- und Pflegezentrum Bruggwiesen bearbeitet die persönlichen Daten unter Wahrung des Datenschutzgesetzes IDG 2007 des Kantons Zürich.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners