



ALTERSZENTREN ZUG

Bewohneranmeldung Alterszentren Zug						
Institution		Priorität (X)		1	2	3
Zentrum Frauensteinmatt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zentrum Herti		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Zentrum Neustadt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Name		Heimatort				
Vorname		Telefon				
Geburtsdatum		Email				
Strasse / Nr.		Konfession				
PLZ/Ort		Zivilstand				
Nationalität		AHV-Nr.				
Bezugsperson I			Finanzperson			
Name		Name				
Vorname		Vorname				
Strasse / Nr.		Strasse / Nr.				
PLZ/Ort		PLZ/Ort				
Telefon P		Telefon P				
Handy		Handy				
Telefon G		Telefon G				
Email		Email				
Beziehung		Beziehung				
Hausarzt/Hausärztin			Krankenkasse			
Name		Name				
Vorname		Vers. Nr.				
Telefon		Telefon				
PLZ/Ort		PLZ/Ort				
Email						
Betreuung durch ambulante Dienste: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Patientenverfügung vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			Vorsorgeauftrag vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Hilflosenentschädigung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Ergänzungsleistungen ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>						
Bemerkungen:						
Wichtig! Bei Veränderung der Dringlichkeit (z.B. bei Spitaleintritt) bitte Meldung erstatten an die Bewohneranmeldung der Alterszentren Zug, Hertizentrum 7, Postfach 3121, 6303 Zug, Telefon: 041 729 64 64, Fax: 041 729 64 00 bewohneranmeldung@alterszentrenzug.ch www.alterszentrenzug.ch						
Einverständniserklärung: Diagnose- Medikamentenliste und Pflegeauftrag dürfen durch die Alterszentren Zug bei meinem Hausarzt und der Spitex eingefordert werden.						
Ort:		Datum:		Unterschrift:		