

Anmeldeformular Tagesklinik

Name* Vorname*

Strasse* Ort*

Geburtsdatum* Heimatort*

In Dübendorf wohnhaft seit (Schriften hinterlegt auf der Gemeinde)*:

Zivilstand* Konfession

Telefon* AHV-Nr.* 756.....

E-Mail-Adresse

EL-Bezüger*: Ja Nein (siehe Taxordnung 7.2)

im gleichen Haushalt lebende Angehörige

Arzt* (Hausarzt).....

Spez. Arzt (z.B. Psychiater, Neurologe).....

Krankenkasse Grundversicherung KVG*

Versicherungs-Nr.*: Versichertenkarten-Nr.*: 807.....

Gültigkeit der Krankenkassenkarte*: bds. Kopie der Krankenkassenkarte beiliegend

Name, Adresse und Tel-Nr. der **Angehörigen**:

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson***:

Name, Adresse und Tel-Nr. der **1. Kontaktperson in finanziellen Belangen*** (Gesetzgebung):

Name, Adresse und Tel-Nr. des **Rechnungsempfängers***:

Bemerkungen, Besonderes:

* = Pflichtfelder



Wie oft möchten Sie die Tagesklinik besuchen?

..... Tag(e) pro Woche

jeweils am

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Wie wird der Transport organisiert?

- selbst durch Angehörige Fahrdienst

Nehmen Sie eine der folgenden Dienste in Anspruch?

- Spitex Kontaktperson
Telefon

Hauspflege Kontaktperson
Telefon

Andere Kontaktperson
Telefon

wie oft?

.....

Bemerkungen / Besonderes / Wünsche

.....
.....
.....
.....

Ort / Datum Unterschrift:

Bestätigung Tagesklinik

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Eintritt ab:

Unterschrift: