

## 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?

<input type="checkbox"/> Spitex	Kontaktperson	.....
	Telefon	.....
<input type="checkbox"/> Hauspflege	Kontaktperson	.....
	Telefon	.....
<input type="checkbox"/> Andere	Kontaktperson	.....
	Telefon	.....

wie oft?

.....  
.....

Bemerkungen / Besonderes / Wünsche

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

Ort / Datum ..... Unterschrift: .....

**Bestätigung Tagesklinik**

☐ Montag    ☐ Dienstag    ☐ Mittwoch    ☐ Donnerstag    ☐ Freitag

Eintritt ab:

Unterschrift: