



Anmeldung für den Heimeintritt

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

- Grundsätzliches Interesse**
Ich bin an einem Heimeintritt grundsätzlich interessiert. Ein Eintritt kommt in absehbarer Zeit jedoch – so wie sich meine persönliche Situation heute darstellt – noch nicht in Frage. Sollte sich daran etwas ändern, so melde ich mich rechtzeitig bei Ihnen.
- Eintritt in nächster Zeit**
Ich bin an einem raschen Heimeintritt interessiert. Bitte kontaktieren Sie mich, wenn Sie ein freies Zimmer haben.

Bitte kreuzen Sie an, in welches Alterswohnheim Sie eintreten und was Sie in diesem mieten möchten:

Alterswohnheim Studacker

Studackerstrasse 22
8060 Zürich
Telefon 043 399 80 20

Einzimmer-Einheit
Zweizimmer-Einheit
Pflegehohngruppe

Alterswohnheim Tannenrauch

Mööslistrasse 12
8038 Zürich
Telefon 044 485 48 48

Einzimmer-Einheit
Zweizimmer-Einheit
Bett in Pflegeabteilung



Studacker

Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

Personalien

Name _____

Vorname _____

Rufname _____

Strasse _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon P: _____

Natel _____

E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Zivilstand _____

Konfession _____

Früherer Beruf _____

AHV-Nr. _____

In Wollishofen niedergelassen seit _____

In Zürich niedergelassen seit _____

Name und Vorname des Ehepartners oder der Ehepartnerin

Wenn verwitwet: Name und Vorname des früheren Ehemannes oder der
früheren Ehefrau _____

Gestorben am _____



Studacker

Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

Kontaktpersonen (Kinder, Verwandte oder andere Personen)

1. Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Natel _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

2. Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Natel _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____

3. Name, Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Natel _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad _____



Studacker

Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

Was gibt Ihnen zur Anmeldung Anlass?

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

Hausarzt

Name, Vorname

Adresse der Praxis

PLZ, Ort

Telefon

Versicherungen

Krankenkasse

Vers. Nr.

Unfallversicherung

Mobiliarversicherung

Haftpflichtversicherung

Bemerkungen



Studacker
Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.
Mit der Entgegennahme dieser Anmeldung ist keine Zusicherung für eine Aufnahme verbunden.

Ehepaare: Bitte *zwei* Anmeldungen ausfüllen, diese aber *gemeinsam* abgeben.

Nicht ausfüllen!

Eingang:

Bemerkungen: _____

Anträge Vorstand Wollishofer Heime:
