

Anmeldung für den Heimeintritt

Alterswohnheim Tannenrauch
Mööslistrasse 12
8038 Zürich
044 485 48 48
tannenrauch@wollishofer-heime.ch

Alterswohnheim Studacker
Studackerstrasse 22
8038 Zürich
043 399 80 20
studacker@wollishofer-heime.ch

1. Priorität
 Einzimmer-Einheit
 Suite
 Bett in Pflegeabteilung

1. Priorität
 Einzimmer-Einheit
 Zweizimmer-Einheit
 Pflegewohngruppe

Personalien

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon-Nummer	
Natel-Nummer	
E-Mail-Adresse	

Geburtstag		Zivilstand	
AHV-Nummer	756.	Konfession	
Beruf			
Heimatort			
In Zürich seit		In Wollishofen seit	

Partner/Partnerin

Name			
Vorname			
Geburtstag		verstorben	

Rechnungsempfänger/in (Wenn nicht gleich wie Bewerber)

--

1. Kontaktperson	Beziehungsgrad	
-------------------------	----------------	--

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon-Nummer	
Natel-Nummer	
E-Mail-Adresse	

2. Kontaktperson	Beziehungsgrad	
-------------------------	----------------	--

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ/Ort	
Telefon-Nummer	
Natel-Nummer	
E-Mail-Adresse	

Hausarzt

Wollishofer Arzt/Ärztin (Nur Name nötig)			
Name		Vorname	
Adresse			
Telefon-Nummer			

Krankenkasse

Name	
Versicherten-Nummer	

Versicherungen

<input type="checkbox"/>	Unfallversicherung ist vorhanden
<input type="checkbox"/>	Haftpflichtversicherung ist vorhanden

Eintrittswunsch

<input type="checkbox"/>	Unbestimmt	<input type="checkbox"/>	Dringend	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	--

Unbestimmter Eintritt

Ihre Anmeldung wird nicht weiter bewirtschaftet. Sie müssen uns aktiv über eine Änderung in Kenntnis setzen.

Dringender Eintritt

Wir werden uns umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen um Ihre Wünsche und Bedürfnisse erfüllen zu können.

Bemerkungen

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.

Es muss pro Person eine Anmeldung ausgefüllt werden.

Haben Sie Fragen zum Heimeintritt? Wir beraten Sie gerne.

- Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der Angaben und ermächtigt das Tannenrauch oder Studacker allenfalls erforderliche Auskünfte (Spital, Arzt etc.) einzuholen.

Ort, Datum		Unterschrift	
------------	--	--------------	--

Vertretungsperson

Ort, Datum		Unterschrift	
------------	--	--------------	--

Wird durch das Alterswohnheim Tannenrauch ausgefüllt

Bewerber erfasst		Bestätigung	
Vertragsbeginn		Eintritt am	
<input type="checkbox"/> Langzeit	<input type="checkbox"/> Kurzzeit/Ferien	<input type="checkbox"/> AüP	
Zimmer-Nummer			
Telefon-Nummer			