



## Anmeldung für den Heimeintritt

Alterswohnheim Studacker

Studackerstrasse 22

8038 Zürich

043 399 80 20

[studacker@wollishofer-heime.ch](mailto:studacker@wollishofer-heime.ch)

für

Dringliche Anmeldung

Eintritt innerhalb von

Woche(n)

Vorsorgliche Anmeldung

Eintritt innerhalb von

Monate(n)

### Persönliche Angaben

Familiename	
Vorname	
Rufname	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Geburtsdatum	
Telefonnummer Festnetz	
Telefonnummer Mobil	
E-Mail	
Geburtsdatum	

AHV-Nummer	756.
Heimatort	
Zivilstand	
Konfession	
Ehemaliger Beruf	
Versichertennummer Krankenkasse	
In Wollishofen niedergelassen seit	
In Zürich niedergelassen seit	



Name und Vorname des Ehepartners oder der Ehepartnerin	
Wenn verwitwet: Name und Vorname des früheren Ehepartners oder der früheren Ehepartnerin Verstorben am	

- Ergänzungsleistungen  Ja (bitte bei Eintritt Kopie der Verfügung mitbringen)  
 Nein  
 in Abklärung  muss beantragt werden
- Hilflosen-Entschädigung  Ja  Nein  
 in Abklärung  muss beantragt werden
- Beistandschaft  Ja  Nein
- Spitex-Betreuung vor Eintritt  Ja  Nein
- Haben Sie eine Patientenverfügung  Ja  Nein
- Gesundheitszustand
- Weitere wichtige Angaben

### Angehörige / Ansprechpersonen / gesetzliche Vertreter

Hinweis: Bei Notfällen wird in der angegebenen Reihenfolge benachrichtigt.

#### 1. Wichtigste Bezugsperson

Name Vorname  
Adresse PLZ /Ort  
Telefon Festnetz Telefon G  
Telefon Mobil E-Mail  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren  
Beziehungsgrad / Funktion

#### 2. Weitere Bezugsperson

Name Vorname  
Adresse PLZ /Ort  
Telefon Festnetz Telefon G  
Telefon Mobil E-Mail  
 Tag und Nacht kontaktieren  erst am Tag kontaktieren  
Beziehungsgrad / Funktion



### 3. Weitere Bezugsperson

Name  
Adresse  
Telefon Festnetz  
Telefon Mobil  
 Tag und Nacht kontaktieren  
Beziehungsgrad / Funktion

Vorname  
PLZ /Ort  
Telefon G  
E-Mail  
 erst am Tag kontaktieren

### Hausarzt

Name  
Adresse  
Telefon Festnetz  
Telefon Mobil

Vorname  
PLZ /Ort  
Telefon G  
E-Mail

### Versicherungen

Krankenkasse / Versicherten-Nummer		PLZ / Ort	
Unfallversicherung		PLZ / Ort	
Mobiliarversicherung		PLZ / Ort	
Haftpflichtversicherung		PLZ / Ort	

### Korrespondenz / Rechnungen ist zu richten an:

Bewohner     1. Bezugsperson     2. Bezugsperson     3. Bezugsperson

### Bemerkungen

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.