

# 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
- Zweizimmer-Einheit
- Suite
- Bett in Pflegeabteilung

- 1. Priorität
- Einzimmer-Einheit
- Zweizimmer-Einheit
- Pflegewohngruppe

## Eintrittswunsch

|                          |            |                          |          |                          |  |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | unbestimmt | <input type="checkbox"/> | dringend | <input type="checkbox"/> |  |
|--------------------------|------------|--------------------------|----------|--------------------------|--|

## 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 |  |

**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 |  |

**Rechnungsempfänger/in** (Wenn nicht gleich wie Bewerber)

|                          |                 |                          |                 |                          |        |
|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Kontaktperson 1 | <input type="checkbox"/> | Kontaktperson 2 | <input type="checkbox"/> | andere |
|                          |                 |                          |                 |                          |        |

**Hausarzt**

|                |  |         |  |
|----------------|--|---------|--|
| Name           |  | Vorname |  |
| Adresse        |  |         |  |
| Telefon-Nummer |  |         |  |

**Krankenkasse**

|                     |  |
|---------------------|--|
| Name                |  |
| Versicherten-Nummer |  |

**Versicherungen**

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

### 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 den Studacker allenfalls erforderliche Auskünfte (Spital, Arzt etc.) einzuholen.

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

### Vertretungsperson

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

---

### Wird durch das Alterswohnheim Tannenrauch ausgefüllt

|   |         |               |                          |             |                          |          |
|---|---------|---------------|--------------------------|-------------|--------------------------|----------|
| Anmeldung erhalten  |         |               | <input type="checkbox"/> | vorsorglich | <input type="checkbox"/> | dringend |
| Bewerber erfasst  |         |               | Nummer                   |             |                          |          |
| Bestätigung geschickt   |         |               |                          |             |                          |          |
| Vertragsbeginn  |         |               | Eintritt                 |             |                          |          |
| <input type="checkbox"/> Langzeit <input type="checkbox"/> Kurzzeit/Ferien <input type="checkbox"/> AüP |         |               |                          |             |                          |          |
| Telefon-Nummer  | 044 485 | Zimmer-Nummer |                          |             |                          |          |