



# Anmeldung für den Heimeintritt

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

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	

**1. Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten**

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

**2. Vertretungsperson in finanziellen Angelegenheiten**

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"/>	Vertretungsperson 2
<input type="checkbox"/>	andere				

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und die Mitarbeitenden der Institution werden gegenüber dem Partner, der Partnerin, den Kontaktpersonen und den vertretungsberechtigten Personen von der Schweigepflicht entbunden.

**Hausarzt**

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Adresse			
Telefon-Nummer			

**Zahnarzt**

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Adresse			
Telefon-Nummer			

Die oben genannten Ärztinnen und Ärzte und ihre Mitarbeitenden werden gegenüber der Institution und ihren Mitarbeitenden sowie den behandelnden Ärztinnen und Ärzten von der Schweigepflicht entbunden.

**Dentalhygiene**

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
Adresse			
Telefon-Nummer			

**Krankenkasse**

Name	
Versicherten-Nummer	
Versicherungskarten-Nummer (VEKA)	

## Versicherungen

- Unfallversicherung ist vorhanden       Haftpflichtversicherung ist vorhanden

## Ergänzungsleistungen

- Ja       Nein       in Abklärung       muss beantragt werden

## Hilflosen-Entschädigung

- Ja       Nein       in Abklärung       muss beantragt werden

## Beistandschaft

- Ja       Nein

Wenn ja: bitte Kopie Entscheid der KESB beilegen

## Spitex-Betreuung vor Eintritt

- Ja       Nein

## Haben Sie eine Patientenverfügung?

- Ja       Nein

Wenn ja: bitte Kopie beilegen

## Haben Sie einen Vorsorgeauftrag?

- Ja       Nein

Wenn ja: bitte Kopie beilegen

## Haben Sie ein EPD (elektronisches Patientendossier)?

- Ja       Nein

Wenn ja; bitte Berechtigung erteilen in Ihrem EPD

**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.

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

**Vertretungsperson**

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

**Wird durch das Alterswohnheim 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		Zimmer-Nummer				