

Aufnahmegesuch

Ich/Wir wünschen Aufnahme in das

Alterswohnheim

Gewünschter Eintrittstermin: _____

Alterssiedlung

Gewünschter Eintrittstermin: _____

■ Personalien:			
NAME:		VORNAME:	
Geburtsdatum:		Zivilstand:	
Heimatort:		Konfession:	
Strasse:		PLZ/Wohnort: seit:	
Tel. privat:		AHV-Nr.:	
Früherer Beruf:			
Vereinsmitglied:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, seit wann:	
■ Personalien des Ehegatten:			
NAME:		VORNAME:	
Geburtsdatum:		AHV-Nr.	
Heimatort:		Konfession:	
Früherer Beruf:			
■ Angehörige/Bekannte:			
► NAME 1:			
Strasse:		VORNAME:	
Tel. privat:		PLZ/Wohnort:	
Verwandtschaftsgrad:	Tel. Geschäft:	Tel. Handy:	
Prioritätsstufe (1-10):		Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/>	
► NAME 2:			
Strasse:		VORNAME:	
Tel. privat:		PLZ/Wohnort:	
Verwandtschaftsgrad:	Tel. Geschäft:	Tel. Handy:	
Prioritätsstufe (1-10):		Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/>	
► NAME 3:			
Strasse:		VORNAME:	
Tel. privat:		PLZ/Wohnort:	
Verwandtschaftsgrad:	Tel. Geschäft:	Tel. Handy:	
Prioritätsstufe (1-10):		Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/>	
Seite: 1		Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/>	

■ Hausarzt:			
Name:		Tel. Geschäft:	
Adresse:		Prioritätsstufe (1-10):	Tel. Handy:
		Rechnungsadresse: <input type="checkbox"/>	
Telefon:			
■ Krankenkasse:		Ehegattin:	
		Name:	
Adresse:		Adresse:	
Mitgl./Police-Nr.:			
■ Bank:		Ehegattin:	
NAME:		Adresse:	
Konto.-Nr.:		Mitgl./Police-Nr.:	
■ Angaben zum Gesundheitszustand:			
Sind Sie beim An- und Auskleiden auf Hilfe angewiesen?			
Können Sie sich selbständig waschen? Duschen?			
Ist eine besondere Verköstigung nötig (z.B. Diät)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Welche			
Bemerkungen zu Ihrem gegenwärtigen Gesundheitszustand:			

Der/die Unterzeichnete hat die Taxordnung/Leitbild/Rechte und Pflichten zur Kenntnis genommen und erklärt sich damit einverstanden. Er/Sie bestätigt die Richtigkeit der gemachten Angaben und ermächtigt die Heimleitung, alle nötigen Auskünfte bei den Amtsstellen und beim Hausarzt einzuholen. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.
 Wir möchten Sie bitten sich abzumelden, falls das Aufnahmegesuch nicht mehr aktuell ist.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Geht an: Alterswohnheim Riedhof, Riedhofweg 4, 8049 Zürich

Durch das Heim auszufüllen	
Anmeldung erhalten am:	
Eintritt:	
	Zimmer-Nr.: