



## Anmeldeformular

Stiftung Alterszentrum Region Bülach

Anmeldung für ein Bewohnerzimmer (Betreutes Wohnen)	
<input type="checkbox"/> Im Grampen	<input type="checkbox"/> Rössligasse

Anmeldung für einen Wohnplatz in einer Pflegewohngruppe (Demenzbetreuung)			
<input type="checkbox"/> Bergli	<input type="checkbox"/> Gringglen	<input type="checkbox"/> Im Baumgarten	<input type="checkbox"/> Soligänter

Anmeldende Person	
Name: _____	Heimatort: _____
Vorname: _____	Zivilstand: _____
Geb. Datum: _____	Konfession: _____
Adresse: _____	E-Mail: _____
PLZ / Wohnort: _____	Telefon: _____
AHV-Nr.: _____	Krankenkasse: _____
Angemeldet in _____	Policen _____
Gemeinde: _____	Nummer: _____

Angehörige / Bezugsperson	
1. Ansprechperson (Kontakt, der im Notfall avisiert werden soll)	2. Ansprechperson
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
PLZ/Wohnort: _____	PLZ/Wohnort: _____
Telefon Privat: _____	Telefon Privat: _____
Telefon Geschäft: _____	Telefon Geschäft: _____
Handy: _____	Handy: _____
E-Mail _____	E-Mail _____
<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner	<input type="checkbox"/> Ehepartner / Partner
<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter	<input type="checkbox"/> Sohn / Tochter
<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester	<input type="checkbox"/> Bruder / Schwester
<input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> Anderes: _____

<b>Finanzielles (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>	
<input type="checkbox"/>	Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)
<input type="checkbox"/>	Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson. (Diese Person ist Rechnungsempfänger):
	Name / Vorname: _____
	Adresse: _____
	PLZ / Wohnort: _____
	Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besteht eine Beistandschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Bezug von Ergänzungsleistungen
<input type="checkbox"/>	Bezug von Hilflosenentschädigung
<b>Depot</b>	
Beim Eintritt in ein Bewohnerzimmer ist ein Depot von CHF 5'000.- zu hinterlegen (ausgenommen Feriengäste und Kurzaufenthalter).	

<b>Hausarzt</b>	
<b>Name:</b> _____	<b>Ist eine Patientenverfügung vorhanden?</b>
<b>Vorname:</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Adresse:</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>PLZ / Ort:</b> _____	<b>Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?</b>
<b>Telefon:</b> _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

<b>Persönliche Wünsche</b>	
Eintrittstermin:	
<input type="checkbox"/> Sofort	<input type="checkbox"/> laufendes Jahr
<input type="checkbox"/> in 1-2 Jahren	<input type="checkbox"/> in 3-5 Jahren
Wünschen Sie einen Telefonanschluss? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ort, Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_