

# Anmeldung

## Wisli am See inkl. Wohngruppe Drei Eichen



Für ein Pflege-Zimmer im Wisli am See, Richterswil

Für ein Zimmer in der Wohngruppe Drei Eichen, Samstagern

| Wohnform und Gewünschter Eintritt        |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> Kurzzeitaufenthalt/Ferienaufenthalt<br>Min. 14 Tagen<br>Von <input type="text"/> bis <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Dringend        | <input type="checkbox"/> Vorsorglich   |

| Personalien  |                      |              |                      |
|--------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Familienname | <input type="text"/> | Lediger Name | <input type="text"/> |
| Vorname      | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| Zivilstand   | <input type="text"/> | AHV-Nummer   | <input type="text"/> |
| Heimatort    | <input type="text"/> | Geburtsort   | <input type="text"/> |
| Konfession   | <input type="text"/> |              |                      |

| Personalien Zweitmieter/Zweitmieterin |                      |              |                      |
|---------------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Familienname                          | <input type="text"/> | Lediger Name | <input type="text"/> |
| Vorname                               | <input type="text"/> | Geburtsdatum | <input type="text"/> |
| Zivilstand                            | <input type="text"/> | AHV-Nummer   | <input type="text"/> |
| Heimatort                             | <input type="text"/> | Geburtsort   | <input type="text"/> |
| Konfession                            | <input type="text"/> |              |                      |

| Zivilrechtliche Wohnsitzadresse |                      |              |                      |
|---------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Strasse / Nr.                   | <input type="text"/> |              |                      |
| PLZ / Ort                       | <input type="text"/> |              |                      |
| Telefon                         | <input type="text"/> | Mobiltelefon | <input type="text"/> |
| E-Mail                          | <input type="text"/> |              |                      |

| Gegenwärtiger Aufenthaltsort |                      |              |                      |
|------------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Aufenthaltsort               | <input type="text"/> |              |                      |
| Strasse / Nr.                | <input type="text"/> |              |                      |
| PLZ / Ort                    | <input type="text"/> |              |                      |
| Telefon                      | <input type="text"/> | Mobiltelefon | <input type="text"/> |
| E-Mail                       | <input type="text"/> |              |                      |

| Nächste Angehörige / Bezugspersonen                   |  |              |  |
|---|--|--------------|--|
| <b>Erste Ansprechperson / Primärangehörige Person</b> |  |              |  |
| Familienname  |  | Vorname      |  |
| Strasse   |  | Nr.          |  |
| PLZ   |  | Ort          |  |
| Telefon Privat  |  | Mobiltelefon |  |
| Telefon Geschäft                                      |  | E-Mail       |  |
| Verwandtschaftsgrad/<br>Verhältnis zur Person         |  |              |  |
| <b>Zweite Ansprechperson</b>                          |  |              |  |
| Familienname  |  | Vorname      |  |
| Strasse   |  | Nr.          |  |
| PLZ   |  | Ort          |  |
| Telefon Privat  |  | Mobiltelefon |  |
| Telefon Geschäft                                      |  | E-Mail       |  |
| Verwandtschaftsgrad/<br>Verhältnis zur Person         |  |              |  |
| <b>Weitere Angehörige / Bezugspersonen</b>            |  |              |  |
| Familienname  |  | Vorname      |  |
| Strasse   |  | Nr.          |  |
| PLZ   |  | Ort          |  |
| Telefon Privat  |  | Mobiltelefon |  |
| Telefon Geschäft                                      |  | E-Mail       |  |
| Verwandtschaftsgrad/<br>Verhältnis zur Person         |  |              |  |

| Vertretung / Beistand / Bevollmächtigte Person         |                                   |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| <i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i> |                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Gemäss Vorsorgeauftrag        | <input type="checkbox"/> Beistand | Art der Beistandschaft<br><input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft<br><input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft |  |
|  |                                   |  |  |
| Familienname   |                                   | Vorname  |  |
| Strasse  |                                   | Nr.  |  |
| PLZ  |                                   | Ort  |  |
| Telefon Privat   |                                   | Mobiltelefon   |  |
| Telefon Geschäft                                       |                                   | E-Mail   |  |

| Ärzte   |  |         |  |
|---|--|---------|--|
| <b>Hausarzt/Hausärztin</b>  |  |         |  |
| Name  |  | Vorname |  |
| Strasse   |  | Nr.     |  |
| PLZ   |  | Ort     |  |
| Telefon Praxis  |  | E-Mail  |  |
| <b>Weitere Ärzte (Augenarzt/Augenärztin, Zahnarzt/Zahnärztin)</b> |  |         |  |
| Name  |  | Vorname |  |
| Strasse   |  | Nr.     |  |
| PLZ   |  | Ort     |  |
| Telefon Praxis  |  | E-Mail  |  |
| <b>Weitere Ärzte</b>  |  |         |  |
| Name/Vorname  |  | Vorname |  |
| Strasse   |  | Nr.     |  |
| PLZ / Ort   |  | Ort     |  |
| Telefon Praxis  |  | E-Mail  |  |

| Versicherungen (obligatorisch)  |  |        |  |
|---------------------------------|--|--------|--|
| <b>Krankenkasse</b>             |  |        |  |
| Gesellschaft                    |  |        |  |
| Versicherungsnummer             |  |        |  |
| Strasse                         |  | Nr.    |  |
| PLZ / Ort                       |  | Ort    |  |
| Telefon                         |  | E-Mail |  |
| <b>Unfallversicherung</b>       |  |        |  |
| Gesellschaft                    |  |        |  |
| Versicherungsnummer             |  |        |  |
| Strasse                         |  | Nr.    |  |
| PLZ / Ort                       |  | Ort    |  |
| Telefon                         |  | E-Mail |  |
| <b>Haftpflicht-Versicherung</b> |  |        |  |
| Gesellschaft                    |  |        |  |
| Police-Nr.                      |  |        |  |

| Dokumente  |   |
|--|---|
| <i>bei vorhandenen Dokumenten bitte Kopie beilegen</i> |   |
| Patientenverfügung                                     | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Bestattungswunsch                                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Vorsorgeauftrag  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

| Finanzierung & Zusatzleistungen (EL)  |  |
|---|--|
| Besteht ein Anspruch auf Ergänzungsleistungen   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>Falls ja, bitte informieren Sie die SVA Zürich über geplanten Heimeintritt) |
| Wird beabsichtigt nach Heimeintritt Ergänzungsleistungen zu beantragen?   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  |
| Sofern die Heimkosten nicht durch Eigenmittel gedeckt werden können, ist ein Antrag auf Ergänzungsleistungen bei der SVA Zürich zu stellen. |  |

| Rechnungsadresse                                    |  |   |  |
|---|--|---|--|
| Rechnung direkt an Bewohner / Bewohnerin            |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Rechnung direkt an SVA Zürich senden (Bei EL-Bezug) |  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  |
| Rechnung an folgende Person senden                  |  |   |  |
| Familienname  |  | Vorname   |  |
| Strasse / Nr.                                       |  |   |  |
| PLZ / Ort   |  |   |  |
| Telefon Privat                                      |  | Mobiltelefon  |  |
| Telefon Geschäft                                    |  | E-Mail  |  |
| Verwandtschaftsgrad                                 |  |   |  |

| Benötigen Sie ein Kellerabteil |                               |
|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja    | <input type="checkbox"/> Nein |

| Zustellung Hauszeitung «Wisli-Poscht» |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Per Post     | <input type="checkbox"/> Per E-Mail an |

| Lebensmittelallergien / Spezielle Kostformen |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

| Bemerkung / Weitere Angaben |
|-----------------------------|
|                             |
|                             |
|                             |
|                             |

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift