

# Anfrage Probewohnen / Gastaufenthalt

Bitte füllen Sie möglichst viele Felder aus, welche mit einem kleinen Stern markiert und für Sehende gelb hinterlegt sind. Senden Sie uns dieses Anfrageformular sowie die ergänzenden Dokumente, welche im Formular erwähnt sind, an:

Per Post an: Stiftung Mühlehalde, Witikonstrasse 100, 8032 Zürich  
Per E-Mail an: [administration@muehlehalde.ch](mailto:administration@muehlehalde.ch) (ungesicherte Datenübertragung)  
[pflege.muehlehalde@hin.ch](mailto:pflege.muehlehalde@hin.ch) (gesicherte Datenübertragung)

Wir möchten gleich zu Beginn darauf aufmerksam machen, dass über eine Aufnahme erst nach sorgfältiger Prüfung Ihrer Anfrage und weiteren notwendigen Abklärungen entschieden werden kann. Zum Zeitpunkt Ihrer Anfrage kann keine Aufnahme zugesichert werden. Besten Dank für Ihr Verständnis.

## Anfrage für / Termine

Probewohnen  Gastaufenthalt

\* Wunschkdatum für den Eintritt  (Datum)

## Personalien und allgemeine Angaben

* Name:	<input type="text"/>
* Vorname(n):	<input type="text"/>
* Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
* Postleitzahl:	<input type="text"/>
* Ort:	<input type="text"/>
* Geburtsdatum:	<input type="text"/>
* Telefon Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
* Zivilstand:	<input type="text"/>
Konfession:	<input type="text"/>
* Heimatort:	<input type="text"/>
* AHV-Nr.:	<input type="text"/>
* Steuerdomizil (Gemeinde)	<input type="text"/>
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	<input type="text"/>

weiter auf der 2. Seite ...

**Angehörige / Kontaktpersonen**

**Erste Bezugsperson**

Anrede:

\* Name:

\* Vorname:

\* Strasse/Nr.:

\* Postleitzahl:

\* Ort:

\* 1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

\* Bezugsverhältnis:

**Krankenkasse**

\* Name der Krankenkasse:

\* Strasse/Nr., PLZ, Ort:

\* Grundversicherung Police Nr.:

\* Versicherungskarten Nr.:  (Kopie beilegen)

Name der Unfall-Zusatzversich.:

Strasse/Nr., PLZ/Ort:

Unfall-Zusatzversich. Police Nr.:

Versicherungskarten Nr.:

**Hausarzt**

\* Praxisname:

\* Anrede, Titel, Vorname Name:

\* Strasse/Nr., PLZ, Ort:

\* Telefon Nr.:

\* E-Mail:

\* Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden?  Ja  Nein

Gerne möchten wir Sie darauf hinweisen, dass beim Eintritt in das Wohnheim Mühlehalde, mit der Bewohnerin oder dem Bewohner ein separater Pensionsvertrag abgeschlossen wird.

Datum  Ort

die/der Interessent\*in

Vorname Name

Ggf. gesetzliche Vertretung

Vorname Name

(dieses Formular kann digital ausgefüllt werden. Unterschriften sind nicht notwendig.)

Bitte Kopien beilegen (per E-Mail oder Briefpost senden):

- Krankenkassenkarte
- Vollmachten (sofern vorhanden)