

Anfrageformular für Eintritt

(dieses PDF-Dokument ist ausfüllbar)

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 (ungesicherte 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> * Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> * Akut- und Übergangspflege (AÜP), 14 Kalendertage |
| <input type="checkbox"/> * Gastaufenthalt | <input type="checkbox"/> * Interessentenliste (Warteliste) |

Termine

* Wunschdatum für den Eintritt (Datum)

Probewohnen

Möchten Sie vorgängig ein Probewohnen (3 Tage kostenfrei) vereinbaren: Ja Nein

Gewünschter Zeitraum von (Datum) bis (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"/>
* 1. Telefon Nr.:	<input type="text"/>
2. 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"/>

Angehörige / Kontaktpersonen

Erste Bezugsperson

Anrede:

* Name:

* Vorname:

* Strasse/Nr.:

* Postleitzahl:

* Ort:

* 1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

* Bezugsverhältnis:

Zweite Bezugsperson

Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

Bezugsverhältnis:

Dritte Bezugsperson

Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

Bezugsverhältnis:

Gesetzliche Vertretung

Ich habe keine gesetzliche Vertretung

Ich werde gesetzlich vertreten durch:

Finanzielles

* Ich erledige finanziellen Angelegenheiten selbständig und bin Rechnungsempfänger*in.

* Meine finanziellen Angelegenheiten werden durch eine Vertrauensperson erledigt, welche auch als Rechnungsempfänger*in agiert. Die Kontaktangaben dieser Person sind nachfolgend unter „Rechnungsempfänger*in“ aufgeführt.

Rechnungsempfänger*in

Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

Bezugsverhältnis:

Art und Grad der Sehbehinderung

Art der Sehbehinderung:

Sehbehinderung; In welchem Grad: leicht stark vollblind, seit:

Kenntnisse mit dem Langstock: keine wenig gut sehr gut

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

Augenarzt

Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:
Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Augenarzt betreut zu werden? Ja Nein

Zahnarzt

Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:
Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Zahnarzt betreut zu werden? Ja Nein

Weiter(e) Ärztin / Arzt

Fachrichtung:
Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:

Weitere Angaben

Werden die Aufenthaltskosten privat übernommen: Nein Ja
Erhalten Sie AHV: Nein Ja
Erhalten Sie Ergänzungsleistungen: Nein Ja
Bei Hilflosenentschädigung; In welchem Grad: 2. Grad 3. Grad
Erhalten Sie IV Rente: Voll- Teil-Rente
Haben Sie eine Patientenverfügung: Nein Ja
Haben Sie eine Haftpflichtversicherung: Nein Ja

Zusatzleistungen

Telefon (Seniorenapparat / Nummer wird gestellt): Nein Ja
Radio-/TV-Anschluss (Koax-Dose): Nein Ja

Vorlieben / Besonderes / Hobbys

Ernährung und Allergien

Weitere Mitteilungen

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

Ggf. gesetzliche Vertretung

Vorname Name

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)