WOHNSCH
Wohnpflegeheime
Schwamendingen

Anmeldung Schörli

Name .....

Vorname .....

Geburtsdatum .....

Bürgerort .....

Zivilstand ..... **Konfession** .....

Beruf .....

Adresse .....

Email .....

Telefon ..... **Natel** .....

AHV-Nummer .....

Krankenkasse .....

Krankenk.-Nr. .....

Heutige Wohnsituation

Leben Sie alleine ? ☐ ja ☐ nein

Wenn nein mit wem ? .....

Haben Sie Haustiere ? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja welche/s ? .....

Momentaner Aufenthaltsort?

☐ zu Hause

☐ Klinik (wo)? .....

☐ andere .....

Wohnhaus Schörli - Schörlistrasse 11 - 8050 Zürich
Telefon 044 325 38 70 - Fax 044 325 38 79 – leitung.schoerli@wohnsch.ch

Gewünschter Eintrittstermin . . . . . .

Warum möchten Sie in unser Heim eintreten ?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Wer unterstützt Sie zur Zeit ?
(bitte Ansprechperson und Telefon-Nr. angeben)

☐ **Angehörige** . . . . . .

☐ **Spitex** . . . . . .

☐ **Sozialdienst** . . . . . .

☐ **Vormund/Beistand** . . . . . .

☐ **Freiwillige Helferin** . . . . . .

☐ **Freunde** . . . . . .

☐ **Nachbarn** . . . . . .

☐ **Andere** . . . . . .

Gehen Sie einer regelmäßigen Beschäftigung nach? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja

☐ **Tagesklinik** . . . . . .

☐ **Tageszentrum Rotes Kreuz** . . . . . .

☐ **Andere** . . . . . .

Angehörige/Bezugspersonen?

Wer . . . . . .

Name / Vorname . . . . . .

Adresse . . . . . .

Ort . . . . . .

Telefon Privat . . . . . **Tel. Geschäft** . . . . . .

Natel . . . . . **E-Mail** . . . . . .

Angehörige/Bezugspersonen?

Wer .....

Name / Vorname .....

Adresse .....

Ort .....

Telefon Privat ..... **Tel. Geschäft** .....

Natel ..... **E-Mail** .....

Angehörige/Bezugspersonen?

Wer .....

Name / Vorname .....

Adresse .....

Ort .....

Telefon Privat ..... **Tel. Geschäft** .....

Natel ..... **E-Mail** .....

Angehörige/Bezugspersonen?

Wer .....

Name / Vorname .....

Adresse .....

Ort .....

Telefon Privat ..... **Tel. Geschäft** .....

Natel ..... **E-Mail** .....

Zahler/Kostenträger .....

.....

Telefon .....

Bemerkungen (soziale Situation, spezielle Gewohnheiten, Hobbys, etc.)

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Zuständiger Hausarzt/ärztin

. . . . . .

Telefon . . . . . .

Welche Medikamente benötigen Sie zur Zeit?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Gesundheitliche Probleme/Wo brauchen Sie Hilfe?

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Wurde eine Demenz Abklärung vorgenommen?

☐ ja ☐ nein ☐ ausstehend

. . . . . .

Telefonieren Sie uns nach erfolgter Anmeldung, um ein persönliches Gespräch zu vereinbaren!

Datum der Anmeldung . . . . . **Unterschrift** . . . . . .

Anmeldung an Co-Heimleitung Claudia d'Heureuse & Andreas Sali
Direktwahl 044 325 38 70 oder leitung.schoerli@wohnsch.ch