



## Anmeldung für den Heimeintritt

Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

- Grundsätzliches Interesse**  
Ich bin an einem Heimeintritt grundsätzlich interessiert. Ein Eintritt kommt in absehbarer Zeit jedoch – so wie sich meine persönliche Situation heute darstellt – noch nicht in Frage. Sollte sich daran etwas ändern, so melde ich mich rechtzeitig bei Ihnen.
- Eintritt in nächster Zeit**  
Ich bin an einem raschen Heimeintritt interessiert. Bitte kontaktieren Sie mich, wenn Sie ein freies Zimmer haben.

Bitte kreuzen Sie an, in welches Alterswohnheim Sie eintreten und was Sie in diesem mieten möchten:

### **Alterswohnheim Studacker**

Studackerstrasse 22  
8060 Zürich  
Telefon 043 399 80 20

Einzimmer-Einheit  
Zweizimmer-Einheit  
Pflegehohngruppe

### **Alterswohnheim Tannenrauch**

Mööslistrasse 12  
8038 Zürich  
Telefon 044 485 48 48

Einzimmer-Einheit  
Zweizimmer-Einheit  
Bett in Pflegeabteilung



# Studacker

## Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

### Personalien

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Rufname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon P: \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_

Früherer Beruf \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

In Wollishofen niedergelassen seit \_\_\_\_\_

In Zürich niedergelassen seit \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Ehepartners oder der Ehepartnerin  
\_\_\_\_\_

Wenn verwitwet: Name und Vorname des früheren Ehemannes oder der  
früheren Ehefrau \_\_\_\_\_

Gestorben am \_\_\_\_\_



# Studacker

## Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

### Kontaktpersonen (Kinder, Verwandte oder andere Personen)

1. Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

3. Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Natel \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_



# Studacker

## Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

Was gibt Ihnen zur Anmeldung Anlass?

---

---

Wie ist Ihr Gesundheitszustand?

---

---

### **Hausarzt**

Name, Vorname

---

Adresse der Praxis

---

PLZ, Ort

---

Telefon

---

### **Versicherungen**

Krankenkasse

---

Vers. Nr.

---

Unfallversicherung

---

Mobiliarversicherung

---

Haftpflichtversicherung

---

### **Bemerkungen**

---

---

---



Studacker  
Altersgerechtes Wohnen Wollishofen

---

---

---

---

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Sämtliche Angaben werden vertraulich behandelt.  
Mit der Entgegennahme dieser Anmeldung ist keine Zusicherung für eine Aufnahme verbunden.

**Ehepaare:** Bitte *zwei* Anmeldungen ausfüllen, diese aber *gemeinsam* abgeben.

---

**Nicht ausfüllen!**

Eingang:

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

---

Anträge Vorstand Wollishofer Heime:

---

---