

Bitte **vor Eintritt Probewohnen zurücksenden** an:  
HAUS ZUR STAUFFACHERIN, Kanzleistrasse 19, 8004 Zürich

**Bitte beachten Sie:**

Diese Anmeldung dient auch als definitive Anmeldung bei einem Eintritt ins HAUS ZUR STAUFFACHERIN und muss vollständig ausgefüllt und unterschrieben vorliegen.

<b>Name, Vorname</b>	Geburtsdatum
Zivilstand	Heimatort
AHV-Nummer	Konfession
Beruf	
<b>wie / wo telefonisch erreichbar</b> (Festnetz/Natel)	
<b>E-Mail-Adresse</b>	
<b>Gesetzlicher Wohnsitz (wo sind Sie offiziell angemeldet?)</b>	
Strasse	
PLZ	Ort
<b>letzter Aufenthaltsort</b>	
Strasse	
PLZ	Ort
<b>Jetzige Tätigkeit</b>	Arbeitszeiten:
Name, Adresse Arbeitgeber / Tagesstruktur	
Telefon Arbeitgeber / Tagesstruktur	
<b>Krankenkasse</b>	
Name und genaue Adresse:	
Sektion	Mitgliednummer

<b>Unfallversicherung</b>	
Name und genaue Adresse	
Sektion	Mitglied-Nummer
<b>Haftpflichtversicherung</b>	<b>via Beistand</b> <input type="checkbox"/> <b>persönlich</b> <input type="checkbox"/>
falls persönliche Haftpflichtversicherung → Name und genaue Adresse Versicherung	
Sektion	Policennummer
<b>Hausarzt / Hausärztin</b>	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
<b>Psychiatrische/psychotherapeutische Betreuung durch</b>	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
<b>Medikamente</b> (Namen und Dosierung) → <b>(Bitte beachten: Das HAUS ZUR STAUFFACHERIN hat keine Apotheke für Medikamentenbezug)</b>	

**Klinikaufenthalte (Datum/Ort der letzten 3 Aufenthalte)**

<b>von</b>	<b>bis</b>	freiwillig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
		mit FU	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>von</b>	<b>bis</b>	freiwillig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
		mit FU	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>von</b>	<b>bis</b>	freiwillig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
		mit FU	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

**Haben Sie Suchtprobleme?**

Ja     nein    welche .....

**Benötigen Sie Hilfe/Unterstützung aufgrund von körperlichen Beschwerden / Einschränkungen?**

Ja     nein

Art der Unterstützung

**Diät** → (Arztzeugnis)

Ja     nein

**Allergien, Unverträglichkeiten, usw.**

**Welche Mahlzeiten nehmen Sie bei uns ein?**

- Vollpension  
 Halbpension mit Mittagessen  
 Halbpension mit Nachtessen  
 Vegetarisch: ja  / nein

**Kostengutsprache durch**

Name, Vorname, Adresse

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

IV-Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
IV-Rente angemeldet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad der Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer
andere Rente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>Bei einer definitiven Aufnahme brauchen wir eine Kopie der IV-Verfügung und Verfügung der Hilflosenentschädigung (Vorgabe Kantonales Sozialamt).</b>		
Bemerkungen:		
<b>Rechnungsstellung an:</b> (Name, Vorname, genaue Adresse)		
Telefonnummer		
<b>Gesetzliche Vertretung</b>	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft <input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft <input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft	
Name, Vorname, Adresse		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		
<b>Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertrauensperson 1</b>		
Name, Vorname, Adresse		
Telefonnummer:		
E-Mail-Adresse:		

**Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertrauensperson 2**

Name, Vorname, Adresse

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

**Nächste Angehörige / Bezugsperson / Vertrauensperson 3**

Name, Vorname, Adresse

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

**Welche Personen sind zu benachrichtigen bei Unfall, Notfall, Todesfall?**

Name, Vorname, Adresse

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Name, Vorname, Adresse

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

**Patientenverfügung**

Ich habe eine schriftliche Patientenverfügung errichtet.

 Ja nein

Die Patientenverfügung ist an folgendem Ort hinterlegt:

Name/Adresse/Telefonnummer/E-Mail:

<b>Vorsorgeauftrag</b>	
Ich habe einen Vorsorgeauftrag.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Der Vorsorgeauftrag ist an folgendem Ort hinterlegt:	Name/Adresse/Telefonnummer/E-Mail:
<b>Warum möchten Sie im Haus zur Stauffacherin betreut wohnen (Gründe, Ziele, Vorstellungen, Erwartungen)</b>	
<b>Bemerkungen (soziale Situation, spezielle Gewohnheiten, Hobbys usw.)</b>	
<b>Die Unterzeichnete bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben:</b>	
<b>Interessierte Pensionärin:</b>	
Ort und Datum	Unterschrift
<b>Gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter:</b>	
Ort und Datum	Unterschrift