**Anmeldeformular Heimeintritt**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anmeldung zum Eintritt | | | | Anmeldung für Warteliste | | |
| **Persönliche Angaben** | | | | | | |
| Name | |  | | Vorname |  | |
| PLZ/Ort | |  | | Strasse |  | |
| Geburtsdatum | |  | | Telefon-Nr. |  | |
| Zivilstand | |  | | Konfession |  | |
| Heimatort | |  | | AHV-Nr. |  | |
| Letzter zivilrechtlicher Wohnsitz vor Heimeintritt. PLZ, Ort | |  | | Zivilstand |  | |
| Heutiger Aufenthaltsort | |  | | seit |  | |
| Name und Vorname des Ehe-/Lebenspartners | |  | | Kontaktangaben Ehe-/Lebenspartner |  | |
|  | | | | | | |
| **Angehörige oder Kontaktpersonen** | | | | | | |
| 1. **Bezugsperson** | Art der Beziehung | | | | | |
| Name, Vorname |  | | | Tel. Privat |  | |
| Strasse, Nr. |  | | | Tel. Geschäft |  | |
| PLZ/Ort |  | | | Mobil |  | |
| E-Mail |  | | |  |  | |
| Fallnummer Sozialdienst: | | | | | | |
| 1. **Bezugsperson** | Art der Beziehung | | | | | |
| Name, Vorname |  | | | Tel. Privat |  | |
| Strasse, Nr. |  | | | Tel. Geschäft |  | |
| PLZ/Ort |  | | | Mobil |  | |
| E-Mail |  | | | E-Mail |  | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Hausarzt** |  | | GLN-Nr. | | |  |
| Name, Vorname |  | | E-Mail | | |  |
| Strasse, Nr. |  | | Tel. Geschäft | | |  |
| PLZ/Ort |  | |  | | |  |
| Werden Sie weiterhin von Ihrem Hausarzt betreut? | | | Ja  Nein | | |  |
| Wenn nein, wünschen Sie den Wechsel zu einem unserer Ärzte in der Nähe des QAH? | | | | | | Ja  Nein |
| **Bemerkungen:** | | | | | | |
| **Information**  Sie dürfen sich im Quartieraltersheim weiterhin von Ihrem bisherigen Arzt oder Hausarzt behandeln lassen. Voraussetzung ist seine/ihre die Bereitschaft für Hausbesuche und die Zusammenarbeit mit unserem Pflegeteam.  Die Heimleitung sowie der Pflegedienst sind verpflichtet, sämtliche Informationen streng vertraulich zu behandeln. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Kranken-, Unfallversicherung. Kopie Krankenkassenkarte beilegen** | | | | | | |
| Krankenkasse |  | | Mitgliednummer | | |  |
| Strasse |  | | Gültig bis | | |  |
| PLZ/Ort |  | | Tel.Nr | | |  |
|  | | | | | | |
| **Finanzielles** (bitte Zutreffendes mit ankreuzen) | | | | | | |
| Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe (Sie sind zugleich Rechnungsempfänger) | | | | | | |
| Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson, diese ist Rechnungsempfänger: | | | | | | |
| Funktion/Bezug zu Bewerber\*in | | |  | | | |
| Name |  | | Tel. Privat | | |  |
| Vorname |  | | Tel. Geschäft | | |  |
| Strasse/Nr. |  | | Mobil | | |  |
| PLZ/Ort |  | | E-Mail | | |  |
|  | | | | | | |
| Beziehen Sie Zusatzleistungen? | | | | Ja  Nein  ist beantragt | | |
| Zuständige AHV-Ausgleichskasse, PLZ, Ort | | | |  | | |
| Erhalten Sie eine Hilflosenentschädigung? | | | | Ja  Nein  ist beantragt | | |
| Haben Sie eine Patientenverfügung? | | | | Ja  Nein | | |

Ort, Datum Der Bewerber, die Bewerberin Verantwortliche/r Finanzen

     ...................................... ......................................... …………………………………………

Vor Eintritt ins Quartieraltersheim Aussersihl ist ein Depot von CHF 10‘000 geschuldet.   
Einzahlung auf Konto ZKB, IBAN 10 0070 0110 0055 4417 5.

Bei der definitiven Aufnahme wird ein Heimvertrag erstellt.

Bei der Anmeldung müssen folgende Dokumente oder Kopien mitgeschickt werden:

* Krankenkassenkarte Kopie, mit Versichertenkartennummer, Dauer Gültigkeit
* AHV-Karte
* medizinisch pflegerischer Überweisungsrapport so wie ein aktueller Arztbericht
* Police Haftpflichtversicherung

Zürich, im Januar 2024