

Anmeldeformular für eine der Pflegewohnungen der SAWIA

Kontaktperson (bitte das Formular vollständig und wenn manuell in Blockschrift ausfüllen)

Vorname, Name	
Adresse	
Telefon Privat	
Telefon Geschäft	
Handy-Nummer	
Email	
Art der Beziehung zur anmeldenden Person	<input type="checkbox"/> Eigeninteresse <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Sozialdienst <input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Bruder/Schwester <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Enkel/in <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> Spitex <input type="checkbox"/> Nefte/Nichte <input type="checkbox"/> andere _____

Personalien anzumeldende Person

Vorname, Name	
Adresse	
Telefon Privat	
Geburtsdatum	
Zivilstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	<input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> andere
Heimatort	
AHV-Nr.	756.
Aktueller Wohnort	

Pflegebedürftigkeit

Bisher selbständig, ohne Unterstützung in eigener Wohnung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflege durch Angehörige	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Spitex-Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mahlzeitendienst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Hauspflege	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche	
Mobilität	<input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl
Normaler Tag/Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Katzenallergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hausarzt/Hausärztin

Vorname, Name	
Adresse	
Telefon	
Bereitschaft für Hausbesuche vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Krankenkasse

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
Mitgliednummer	

Weitere Informationen

Haftpflichtversicherung Adresse (obligatorisch)	
Hausratsversicherung Adresse (optional)	
Kleider / Wäsche / Bettwäsche bereits mit Wäscheetiketten versehen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Finanzielles

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt die anzumeldende Person selbstständig und ohne Hilfe (und ist Rechnungsempfänger/in)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---	---

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt eine Vertrauensperson (Diese ist Rechnungsempfänger/in)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorname, Name	
Adresse	
Telefon Privat	
Telefon Geschäft	
Handy-Nummer	
Email	

Die anzumeldende Person erhält Ergänzungsleistungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls nein: Antrag Ergänzungsleistungen läuft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Die anzumeldende Person erhält Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Patientenverfügung ist vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Vorsorgeauftrag ist vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Unterlagen erwünscht

Unsere Unterlagen sind auf unserer Website (www.sawia.ch) ersichtlich. Wenn Sie die Unterlagen lieber in Papierform möchten, senden wir Ihnen gerne eine Dokumappe.

Wie haben Sie von uns erfahren	<input type="checkbox"/> Wohnen im Alter <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pflegezentren Zürich <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> andere _____
Ist eine Dokumappe erwünscht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> Italienisch
Adresse für Versand der Dokumappe	

Besuch einer Pflegewohnung

Wenn Sie gerne einen unverbindlichen Besuch in einer unserer Pflegewohnungen machen möchten, dann bitten wir Sie eine Auswahl zu treffen. Wir werden Sie nach Eingang des Anmeldeformulars rasch möglichst kontaktieren.

Gewünschte Pflegewohnung	<input type="checkbox"/> Eyhof <input type="checkbox"/> A-Park <input type="checkbox"/> Sonnengarten <input type="checkbox"/> Schneebeliweg <input type="checkbox"/> Oasi (ital.) <input type="checkbox"/> Oasi due (ital.)
--------------------------	---

Unterlagen zur Anmeldung

Mit dem Anmeldeformular sind folgende Unterlagen einzureichen	<input type="checkbox"/> Aktueller Arztbericht (zwingend)
	<input type="checkbox"/> ÜWR Spital/ Spitex/ Heim (zwingend)
	<input type="checkbox"/> Verfügung Ergänzungsleistung (falls vorhanden)
	<input type="checkbox"/> Vorsorgeauftrag und/oder <input type="checkbox"/> Patientenverfügung (falls vorhanden)

Die SAWIA ist verpflichtet, sämtliche Angaben streng vertraulich zu behandeln.

Wir verweisen darauf, dass über eine Aufnahme auf die Warteliste erst nach Prüfung aller Unterlagen entschieden werden kann. Sie werden darüber schriftlich informiert.

Eingangsdatum:		Visum SAWIA:	
----------------	--	--------------	--