



Anmeldung für die städtischen Alterseinrichtungen

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

Heimatort _____

Adresse _____

Telefon _____

Zivilstand _____

In Schlieren seit _____

Konfession _____

AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____

Mitglied-Nr. _____

Agentur (Adresse) _____

Hausärztin/Hausarzt _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort _____

Nehmen Sie einen der folgenden Dienste /Institutionen in Anspruch?

Spitex Pflege

Spitex Haushilfe

Andere _____

Angehörige, Bezugspersonen

Name, Vorname _____

Adresse _____

Telefon, E-Mail _____ @ _____

Beziehungsgrad _____



- Besteht eine Patientenverfügung? Ja Nein
Besteht ein Vorsorgeauftrag? Ja Nein
Besteht eine Beistandschaft? Ja Nein

Falls eine Beistandschaft besteht, Name und Adresse der Beiständin/des Beistandes

Ich interessiere mich für:

Eine Wohnung im Betreuten Wohnen

- Bachstrasse 1.5 Zimmer 2.5 Zimmer 3.5 Zimmer
 Mühleacker 1.5 Zimmer 2 Zimmer 2.5 Zimmer 3.5 Zimmer

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

***Ein Pflegezimmer im Alterszentrum Sandbühl**

***Ein Pflegezimmer in einer Pflegewohnung für Menschen mit demenzieller Erkrankung**

- Bachstrasse
 Mühleacker
 Giardino

Gewünschtes Eintrittsdatum _____

*Für eine Anmeldung ins Alterszentrum Sandbühl oder in eine Pflegewohnung ist dem Anmeldeformular das ausgefüllte Arztzeugnis beizulegen

Bemerkungen _____

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Bitte senden Sie das Formular an
Stadt Schlieren, **Beratungsstelle Pflege und Alter**, Freiestrasse 6, 8952 Schlieren oder
an bspa@schlieren.ch oder per Fax unter 044 738 15 90