

## Anmeldung • Kull WohnHeim • betreutes Wohnen

- Wohnheim Kull       Wohngruppe Kull       betreutes Wohnen

**Name** .....

**Vorname** .....

**Geburtsdatum** .....

**Bürgerort** .....

**Zivilstand** .....

**Konfession** .....

**Beruf** .....

**Adresse** .....

**Telefon** .....

**AHV-Nummer** .....

**Krankenkasse** .....

**Krankenk.-Nr.** .....

**Heutige Wohnsituation**

**Leben sie alleine ?**       ja       nein

Wenn nein mit wem ? .....

**Haben sie Haustiere ?**       ja       nein

Wenn ja welche/s ? .....

**Momentaner Aufenthaltsort?**

- zu Hause
- Klinik (wo)? .....
- andere .....

**e-mail** [info@verein-wohnsch.ch](mailto:info@verein-wohnsch.ch)

Winterthurerstrasse 522 • 8051 Zürich **Telefon** 044 325 38 88 **Fax** 044 325 38 89

**Gewünschter Eintrittstermin** .....

**Warum möchten Sie in unser Heim eintreten ?**

.....  
.....  
.....

**Wer unterstützt sie zur Zeit ?**

(bitte Ansprechperson und Telefon-Nr. angeben)

- Angehörige** .....
- Spitex** .....
- Sozialdienst** .....
- Vormund / Beistand** .....
- Freiwillige HelferIn** .....
- Freunde** .....
- Nachbarn** .....
- Andere** .....

**Gehen Sie einer regelmässigen Beschäftigung nach?**     ja     nein

Wenn ja

- geschützte Werkstatt** .....
- Tagesklinik** .....
- Tageszentrum**  
**Rotes Kreuz** .....
- Andere** .....

**Zuständiger Hausarzt/ärztin**

.....

**Telefon** .....

**Psychische Betreuung**

.....

**Telefon** .....

**e-mail** [info@verein-wohnsch.ch](mailto:info@verein-wohnsch.ch)

Winterthurerstrasse 522 • 8051 Zürich **Telefon** 044 325 38 88 **Fax** 044 325 38 89

**Gesundheitliche Probleme/Wo brauchen sie Hilfe?**

.....  
.....

**Angehörige/Bezugspersonen?**

**Wer** .....

**Name/Vorname** .....

**Adresse** .....

**Ort** .....

**Telefon Privat** .....

**Telefon Geschäft** .....

**Angehörige/Bezugspersonen?**

**Wer** .....

**Name/Vorname** .....

**Adresse** .....

**Ort** .....

**Telefon Privat** .....

**Telefon Geschäft** .....

**Angehörige/Bezugspersonen?**

**Wer** .....

**Name/Vorname** .....

**Adresse** .....

**Ort** .....

**Telefon Privat** .....

**Telefon Geschäft** .....

**Welche Medikamente benötigen Sie zur Zeit?**

.....  
.....  
.....

**Zahler/Kostenträger** .....

.....

**Telefon** .....

**Bemerkungen** (soziale Situation, spezielle Gewohnheiten, Hobbys, etc.)

.....  
.....  
.....

**! Telefonieren Sie uns nach erfolgter Anmeldung, um ein persönliches Gespräch zu vereinbaren !**

**Datum der Anmeldung** ..... **Unterschrift** .....

**Anmeldung an Frau S. Tschopp**