

Anmeldung

Eintrittsdatum: _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Konfession: _____ Heimatort: _____

Schriften in: _____ Bürgerort: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

Krankenkasse (genaue Adresse): _____ AHV – Nr.: _____

Unfallversicherung: Ja Nein

Adresse: _____

Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch)

Adresse: _____

Gewicht: _____

Grösse: _____

Besteht eine Massnahme?: Ja Nein

Beziehen Sie IV-Rente?: Ja Nein

- Besteht eine:
- Begleitbeistandschaft
 - Vertretungsbeistandschaft
 - Mitwirkungsbeistandschaft
 - Umfassende Beistandschaft

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name und Adresse des Arztes: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Name und Adresse des Psychiaters: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Diagnose: _____

Therapien, Medikamente (bitte genaue
Dosierung angeben):

Name und Adresse Ihrer Bezugsperson(en):

1. _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

3. _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

4. _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Die Rechnungen
(monatliche Kosten für die Wohngruppe Stube etc.)

werden bezahlt von (genaue Adresse):

Taschengeldabgabe:

Bar

Überweisung aufs Konto

Barzahlung:

Pauschalbetrag

Tagessatz

in Höhe von CHF _____

Diese Anmeldung ist wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort / Datum: _____

Bewohner / in: _____ Heimleitung: _____

Entbindung der Geheimhaltungspflicht

Der / Die Unterzeichnete:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zurzeit wohnhaft in der Sozialtherapeutischen Wohngruppe Stube GmbH, Marthalen,
entbindet

die SVA Zürich, Röntgenstrasse 17, 8087 Zürich, von der Geheimhaltungspflicht gegenüber
den Bezugspersonen der Sozialtherapeutischen Wohngruppe Stube GmbH,
Lindenhofweg 2, 8460 Marthalen.

Weitere Entbindungen (Ärzte, Psychiater, Angehörige):

Entbindung der folgenden Person / Behörde / Institution von der Geheimhaltungspflicht
gegenüber der Sozialtherapeutischen Wohngruppe Stube GmbH, Lindenhofweg 2, 8460
Marthalen:

Entbindung der folgenden Person / Behörde / Institution von der Geheimhaltungspflicht
gegenüber der Sozialtherapeutischen Wohngruppe Stube GmbH, Lindenhofweg 2, 8460
Marthalen:

Entbindung der folgenden Person / Behörde / Institution von der Geheimhaltungspflicht
gegenüber der Sozialtherapeutischen Wohngruppe Stube GmbH, Lindenhofweg 2, 8460
Marthalen:

Ort / Datum _____

Unterschrift _____