Mosaik Sozialtherapie AG
Landstrasse 44
8450 Andelfingen

Tel. 052 304 30 30
info@wg-mosaik.ch
www.wg-mosaik.ch

Anmeldung

Eintrittsdatum: _____

Name: _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand _____

Kinder: _____ Konfession _____

Heimatort: _____ Schriften in: _____

Nationalität _____ AHV-Nr. _____

Beruf: _____ Telefon _____

Krankenkasse (genaue Adresse): _____

_____

_____

Mitgliednummer: _____

Unfallversicherung: Ja ❑ Nein ❑

Adresse: _____

_____

Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch):

Adresse: _____

_____

Gewicht: _____ Begleitbeistandschaft ❑

Grösse: _____ Vertretungsbeistandschaft ❑

Augenfarbe: _____ Mitwirkungsbeistandschaft ❑

Beziehen Sie IV-Rente?: ja ❑ nein ❑ umfassende Beistandschaft ❑

Besteht eine Massnahme? ja ❑ nein ❑

Patientenverfügung vorhanden? ja ❑ nein ❑

Beistandschaft:

Adresse _____ Telefon _____

_____

_____

Adresse des behandelnden Arztes: _____

_____

Telefon: _____

Erstellt am: 13.05.2024 Erstellt durch: Geschäftsleitung	Anmeldung
Verantwortung: Geschäftsleitung Freigabe am: 28.10.2024	Version: 1.0 Verteiler: gemäss Organigramm/Funktionsdiagramm
Pfad: OneDrive – Mosaik Sozialtherapie AG - QM	

Anordnungen des behandelnden Arztes:
Therapien, Medikamente (bitte genaue Dosierung angeben).

_____

_____

_____

_____

Wichtig: Bei Medikamenten, bitte ärztliche Verordnung beilegen!

Ernährungsform: Vegetarisch ❑ Ohne Schwein ❑ verordnete Diät ❑ Unverträglichkeit ❑
Welche Diät/Unverträglichkeit: _____

Name, Adresse und Telefonnummer Ihrer Bezugsperson:

1) _____
_____
_____
_____

3) _____
_____
_____
_____

2) _____
_____
_____
_____

4) _____
_____
_____
_____

Die Rechnungen (monatliche Kosten für die Wohngruppe Mosaik etc.)
werden bezahlt von:

_____

_____

_____

Taschengeld: eigenes Konto ❑ über Beistandschaft ❑ übers Mosaik ❑
Wenn über das Mosaik: Höhe Taschengeld: _____

Werden eigene Möbel mitgebraucht? ja ❑ nein ❑
Wenn Ja, welche:

_____

_____

Diese Anmeldung ist wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort und Datum: _____

Betreute Person _____

Gesetzl. Vertretung _____