

Anmeldung

Eintrittsdatum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Zivilstand: _____

Kinder: _____ Konfession: _____

Heimatort: _____ Schriften in: _____

Nationalität _____ AHV-Nr: _____

Beruf: _____

Krankenkasse (genaue Adresse): _____

Mitgliednummer: _____

Unfallversicherung: Ja Nein

Adresse: _____

Privathaftpflichtversicherung (obligatorisch):

Adresse: _____

Gewicht: _____

Grösse: _____

Augenfarbe: _____

Besteht eine Massnahme?: ja nein

Beziehen Sie IV-Rente?: ja nein

Besteht eine: Begleitbeistandschaft

Vertretungsbeistandschaft

Mitwirkungsbeistandschaft

umfassende Beistandschaft

Adresse: _____

Telefon: _____ / _____

Adresse des behandelnden Arztes: _____

Telefon: _____ / _____

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

Name und Adresse Ihrer Bezugsperson:

1) _____

2) _____

Telefon: _____ / _____

Telefon: _____ / _____

3) _____

4) _____

Telefon: _____ / _____

Telefon: _____ / _____

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

werden bezahlt von: _____

Diese Anmeldung ist wahrheitsgetreu ausgefüllt.

Ort und Datum: _____

Der Bewohner: _____ Der Betreuer: _____

Entbindung allgemein

Der/Die Unterzeichnete:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Zur Zeit wohnhaft in der Mosaik Sozialtherapie AG, Andelfingen, entbindet

die SVA Zürich, Röntgenstr. 17, 8087 Zürich, von der Geheimhaltungspflicht gegenüber:

Bezugsperson Mosaik Sozialtherapie AG, Landstrasse 44, 8450 Andelfingen

Weitere Entbindungen (Ärzte, Angehörige):

Mosaik Sozialtherapie AG, Landstrasse 44, 8450 Andelfingen, von der Geheimhaltungspflicht gegenüber folgender Person/Behörde/Institution:

Mosaik Sozialtherapie AG, Landstrasse 44, 8450 Andelfingen, von der Geheimhaltungspflicht gegenüber folgender Person/Behörde/Institution:

Mosaik Sozialtherapie AG, Landstrasse 44, 8450 Andelfingen, von der Geheimhaltungspflicht gegenüber folgender Person/Behörde/Institution:

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____