

## 1. Personalien der zu betreuenden Person:

Familienname:	Vorname:
Geburtsdatum:	Heimatort:
Sozialversicherungs-Nr. 756.	Konfession:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	Mail:
Gesetzl. Wohnsitz:	
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:

## 2. Gegenwärtige Situation:

**Wo wohnt die aufzunehmende Person gegenwärtig?**

Adresse:  
PLZ, Ort:

**Braucht die aufzunehmende Person eine spezielle Therapie?**

-  
-

## 3. Bezugsperson:

Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Privat:	Tel. Gesch.:
Mail:	

## 4. Gesetzliche Vertretung / Beistandschaft:

Funktion:	ZGB Art:
Name:	Vorname:
Strasse, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel. Privat:	Tel. Gesch.:
Mail:	

## 5. Hauptdiagnosen und Grund der Beeinträchtigung(en)

-  
-  
-

**MRSA\***  ja Datum Test: Arzt:  
 nein

\* Methicillinresistenter Staphylococcus Aureus

## 6. Umfang der Beeinträchtigung(en)

-  
-  
-

**PEG-Sonde**  ja  nein Datum:

**Aktuelle Medikamente, die ärztlich verordnet sind:**

Medikamente: Dosierung:

-  
-  
-

## 7. Ärztliche Versorgung

**Hausärzt:in:**

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mail:

**Fach- u. Spezialärzt:innen:**

-  
-

**8. Finanzierung:**

Welche Beiträge bezieht die aufzunehmende Person? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- **IV** ja / nein
- **HILO (Hilflosenentschädigung)** ja / nein  
 kleine     mittlere     grosse
- **EL (Ergänzungsleistung)** ja / nein

**Wer leistet die Kostengutsprache:**

Funktion:

Name:

Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Mail:

**Ort, Datum:** .....

**Unterschrift Antragsteller:in:** .....

**Unterschrift gesetzliche Vertretung:** .....

**Für Ihr Interesse bedanken wir uns sehr. Ihre Anmeldung ist unverbindlich. Nach Erhalt nehmen wir gerne mit Ihnen Kontakt auf. Danke**

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Bei Nichtaufnahme wird das Formular nach einem Jahr vernichtet.

**Anmeldebogen bitte senden an:**

**per Post:** Wohnzentrum Frankental, Limmattalstrasse 410, 8049 Zürich

**per Mail:** [wohnplatz@frankental.ch](mailto:wohnplatz@frankental.ch)