



## Anmeldeformular Tagesstruktur

### Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

### Gewünschter Beschäftigungsgrad

Öffnungszeiten Atelier: Morgens 9:00 Uhr bis 11:30 Uhr und Nachmittags 13:45 Uhr bis 16:15 Uhr.

Arbeitstage:	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>	VM <input type="checkbox"/>
	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>	NM <input type="checkbox"/>

### Kostenträger / Soziale Situation

Beistand       IV/AHV       Sozialamt       Selbstzahler

Amt: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Versicherungen

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse Krankenkasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse Haftpflicht-Versicherung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_



## Arzt / Klinik

Praxis- / Klinik-Name: \_\_\_\_\_

Kontaktperson Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Gesundheit

Benötigen Sie Medikamente? Ja                       Nein

Wenn ja, bitte Medikamentenblatt beilegen.

Gibt es Notfallmedikamente die sie bei sich haben müssen? Ja                       Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Krankheitsbild/ Unterstützungsbedarf: \_\_\_\_\_

Welche wichtigen Informationen zu ihrer Gesundheit möchten sie uns noch mitteilen?

\_\_\_\_\_

## Im Notfall zu verständigen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/ E-Mail : \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Die Anmeldung senden an:

Post: Hertihus, Bahnhofstrasse 31, 8180 Bülach; Fax: 044 860 81 74; E-Mail: [hertihus@heilsarmee.ch](mailto:hertihus@heilsarmee.ch)

(Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch über 044 860 38 48 oder via E-Mail)

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Sollte es nicht zu einer Beschäftigung in unserem Atelier kommen., wird dieses Anmeldeformular nicht archiviert.