

Anmeldung zur Aufnahme

Formular senden an: Bergheim Uetikon AG, ärztlicher Dienst, Holländerstrasse 74, 8707 Uetikon am See

Name, Vorname: _____ Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Wohnadresse (Schriften hinterlegt):

PLZ, Ort: _____ Strasse: _____

Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Mitgl.-Nr.: _____

PLZ, Ort (Leistungszentrum KK): _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Aufenthaltsdauer:

Übergangsaufenthalt / angemeldet in: _____

Daueraufenthalt Ferienaufenthalt

Zimmerwunsch (Tagespauschale, Preise siehe Taxliste)

Einzimmer ohne Nasszelle Zweierzimmer

Einzimmer mit Nasszelle

Einzimmer med. Indikation (Finanzierungsantrag notwendig)

Bemerkungen: _____

Bezugspersonen:

Name, Vorname: _____ Telefon P: _____

PLZ, Ort: _____ G: _____

Strasse: _____ Beziehung: _____

Name, Vorname: _____ Telefon P: _____

PLZ, Ort: _____ G: _____

Strasse: _____ Beziehung: _____

Hat die angemeldete Person: Beistand Vormund nein

Name, Adresse Beistand / Vormund:

Derzeitiger Aufenthaltsort:

eigene Wohnung Angehörige Klinik oder Heim

Name der Institution: _____

Telefon Kontaktperson: _____

Klinikaufenthalt in den letzten 12 Monaten:
 ja nein wenn ja, wo _____

Ist Mithilfe bei den folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens notwendig?

	ja	nein	Überwachung
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung:			
In der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglaufgefährdet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche der folgenden Feststellungen treffen zu?
 Tageslauf geordnet nicht mehr geordnet gelegentlich verwirrt immer verwirrt

Mini-Mental Status (durchgeführt):

 ja / Punkte: _____
 nein

Verhalten in der Nacht:
 ruhig unruhig ängstlich

Erkennen der Angehörigen:
 ja nein

Wie würden Sie die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit umschreiben?
 wenig Hilfe nötig vermehrte Hilfe intensive Hilfe bettlägerig

Werden Hilfsmittel / Gehhilfen gebraucht?
 Hörgerät Brille Stock Rollator Rollstuhl andere _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?
 Ja Nein

Bezug einer Hilflosonentschädigung
 Ja Nein

Wie dringend ist die Aufnahme?
 noch nicht dringend *dringend *sehr dringend

*Bei dringend und sehr dringend bitte Arztzeugnis beilegen

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die aktuelle Tarifordnung zur Kenntnis genommen haben und damit einverstanden sind.

Ort und Datum:

 Name / Stempel der anmeldenden Stelle / Person:
 (bitte in Blockschrift)

Unterschrift:
