

Aufnahmegesuch - Altersheim Eichi, Niederglatt

(Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt)

1. Personalien

Familienname:

(bei Ehefrauen und Witwen auch den Mädchennamen)

Vorname(n):

Geburtsdatum: Geburtsort:

Heimatort: Kanton:

Angemeldet in: seit:

Derzeitige Adresse:

.....

.....

Telefonnummer:

Zivilstand: ledig

verheiratet mit

verwitwet von

geschieden von

AHV – Nummer:

Früherer Beruf:

Letzter Arbeitsplatz:

Konfession:

2. Evtl. gesetzlicher Vertreter

Name/Vorname:

Adresse:

Telefonnummer:

3. Angehörige, Kontaktpersonen (genaue Adresse, Telefonnummern)

.....
.....
.....

4. Krankenkasse

Name der Kasse:

Sektion: Mitgliedernummer:

Adresse:

5. Unfallversicherung

Versichert bei:

6. Haftpflichtversicherung (es besteht die Möglichkeit der Kollektivhaftpflicht des Altersheimes beizutreten)

Versichert bei:

7. Hausarzt - Eigene Gesundheit

Name und Adresse Ihres Hausarztes:

.....
.....
.....

Angaben über zum jetzigen Zeitpunkt bekannte Krankheiten

Akute:

Chronische:

Behinderungen:

Benötigen Sie die Hilfe von Pflegepersonal?

Wenn ja, zeitweise/regelmässig?

Art der benötigten Hilfe:

.....
.....

Benötigen Sie eine vom Arzt verordnete Diät? (Zuckerdiät, Leber-, Gallen-, Magenschondiät, usw.)

.....

.....

8. Zahlungsverpflichtung

Sind Sie Selbstzahler?

Kommen Sie für den gesamten Pensionsbetrag auf?

Benötigen Sie Ergänzungsleistungen?

Beziehen sie Hilflosenentschädigung?

Falls Sie sich nicht als Selbstzahler bezeichnet haben, wer verpflichtet sich zur Bezahlung der Kosten ? (Name, Adresse, Telefon)

.....

.....

.....

9. Aufnahmetermin

Gewünschtes Eintrittsdatum:

10. Persönliche Mitteilungen

.....

.....

.....

.....

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Ärztliches Zeugnis

z. Hd. des Vertrauensarztes Dr. med. U. Reinhardt, Gerstmattstr. 28, 8172 Niederglatt, Fax 044/850 05 23

(Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt)

Personalien

Familienname:
(bei Ehefrauen und Witwen auch den Mädchennamen)

Vorname(n):

Derzeitige Adresse:
.....

Geburtsdatum:

Telefonnummer(n):

Name(n) u. Adresse der
nächsten Angehörigen:
.....
.....

Telefonnummer(n):

Diagnosen:
.....
.....
.....

Allergien:
.....

Befunde

Aktuelle Beschwerden:

körperliche Symptome	nein	wenn ja, welche
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>
Magen-Darmtrakt	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Uro-Genitaltrakt	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Katheterträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Neurologisch	<input type="checkbox"/>
Sehschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja

bitte wenden!

Psyche und Verhalten

nein ja (pathologisch)

- Unruhe tags
- Unruhe nachts
- Desorientiertheit
- Verstimmungen
- eigensinnig, schwierig

Hilfsbedürftigkeit

nein ja

- weitgehend bettlägerig
- benötigt Rollstuhl

ja nein

- frei und alleine gehfähig
- Essen alleine
- Aufstehen alleine
- Ankleiden alleine
- Körperpflege alleine

Medikamente

Name	Stärke (mg etc.)	Dosierung (x – x – x – x)
.....
.....
.....
.....

Diät

- keine
- Diabetes qualitativ
- Diabetes quantitativ
- andere:

Dringlichkeit

- sehr
- mässig
- nicht

Falls aktuelle, informative Spitalberichte etc. bestehen, bitte Kopie(n) beilegen!

Ort/Datum:

Stempel u. Unterschrift:

Anerkennung des Aufnahmereglementes, der Tax- und Heimordnung Erlaubnis für die Einholung von Auskünften

Name der Bewerberin/des Bewerbers

Strasse

PLZ, Ort

Ich anerkenne die Bedingungen des Aufnahmereglementes, der Taxordnung und der Heimordnung des Altersheim Eichi Niederglatt.

Ich ermächtige meinen Arzt

Name

Strasse

PLZ, Ort

der Heimleitung und der Heimkommission alle gewünschten Auskünfte über meine Person und meinen Gesundheitszustand – die in direktem Zusammenhang mit meinem Eintritt ins Altersheim Eichi stehen – zu erteilen.

In diesem Sinne entbinde meinen Arzt vom Arztgeheimnis.

Ort, Datum

Unterschrift