

Personalien

Frau Herr

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: Zivilstand: Konfession:

Strasse: PLZ / Ort:

Heimatort: rechtlicher Wohnsitz:

Tel.-P: Handy:

Beruf: AHV-Nummer:

Hausarzt: Krankenkasse:

Krankenkassenmodell: Versicherungsnummer:

Kopie ID Kopie Krankenversicherungskarte - bitte legen Sie die Kopien bei

Wohnsituation vor dem Eintritt

Privathaushalt Spital anderes Heim

Kontaktperson (gemäss Pensionsvertrag zwingend)

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Tel.-P: Handy:

Verwandtschaftsgrad: E-Mail:

Weitere Angehörige

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Tel.-P: Handy:

Verwandtschaftsgrad: E-Mail:

Finanzielles

Zur Bezahlung der Rechnung bitte für die Bank eine Belastungsermächtigung für das Lastschriftverfahren ausstellen (Details siehe Tarif- und Taxordnung).

Rechnung zustellen an Bewohner:in Kontaktperson
 in Papierform per E-Mail
bitte E-Mail Adresse eintragen

Bezugsperson nur für soziale- und betreuerische Belange erwünscht?

Wenn ja, Name:

Bei Fragen bezüglich Ergänzungsleistungen können Sie sich an die Abteilung Sozialversicherung der Stadt Wetzikon wenden.

Organisatorisches Privathaftpflichtversicherung zwingend weiterführen (siehe Pensionsvertrag) reduzierte Hausratsversicherung weiterführen (empfehlenswert)Bezüger von Ergänzungsleistungen? ja neinBezüger von Hilflosenentschädigung? ja neinBesitz einer Patientenverfügung? ja* nein *wenn ja, bitte Kopie beilegenVorsorgeauftrag ja neinKESB Erwachsenenschutzbehörde involviert ja* nein *wenn ja, bitte Urkunde beilegen**Pflege und Betreuung**

aktuelle Diagnosen

Überweisungsbericht ja von:Hausarzt wurde informiert ja neinMedikamente ja neinbringt Medikamente mit ja neinvon zu Hause gerichtet ja neinWeglaftendenz ja neinKörperpflege Unterstützung ja nein

Allergien: welche?

Rauchen ja nein

Kommunikation/Migration:

Ein Umzug in ein Pflegezentrum ist vonnöten, wenn die betroffene Person nicht mehr alleine den Alltag bewältigen kann.

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben, ermächtigt das Pflegezentrum Wildbach, beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltung.

Datum: Unterschrift:

Unterschrift/Visum MA Pflegezentrum Wildbach:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerksam, dass wir mit Entgegennahme dieser Anmeldung die Aufnahme nicht zusichern können.

PDL schickt ausgefülltes Formular an info@wildbach.ch und betroffene Abteilung