**Personalien**

Frau  Herr

**Name:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Vorname:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Klicken Sie, um ein Datum einzugeben.

Zivilstand: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Konfession: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. PLZ / Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Heimatort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. rechtlicher Wohnsitz: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel.-P: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Handy: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Beruf: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. AHV-Nummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hausarzt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Krankenkasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Krankenkassenmodell: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Versicherungsnummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Kopie ID  Kopie Krankenversicherungskarte

**Wohnsituation vor dem Eintritt**

Privathaushalt  Spital  anderes Heim  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Kontaktperson** (gemäss Pensionsvertrag zwingend)

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. PLZ / Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel.-P: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Handy: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Verwandtschaftsgrad: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Weitere Angehörige**

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Strasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. PLZ / Ort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel.-P: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Handy: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Verwandtschaftsgrad: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**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  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

in Papierform  per E-Mail Klicken, um die E-Mail-Adresse einzutragen.

Bezugsperson nur für soziale- und betreuerische Belange erwünscht?

Wenn ja, Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

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  nein

Bezüger von Hilflosenentschädigung?  ja  nein

Besitz einer Patientenverfügung?  ja\*  nein \*wenn ja, bitte Kopie beilegen

Vorsorgeauftrag  ja  nein

KESB Erwachsenenschutzbehörde involviert  ja\*  nein \*wenn ja, bitte Urkunde beilegen

**Pflege und Betreuung**

aktuelle Diagnosen Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Überweisungsbericht  ja von: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hausarzt wurde informiert  ja  nein

Medikamente  ja  nein

bringt Medikamente mit  ja  nein

von zu Hause gerichtet  ja  nein

Weglauftendenz  ja  nein

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Selbständig | Selbständig mit Unterstützung | Übernahme durch  Drittperson |  |  | Selbständig | Selbständig mit Unterstützung | Übernahme durch  Drittperson |
| An- und Auskleiden |  |  |  |  | Körperpflege |  |  |  |
| Mobilität |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Transfer |  |  |  |  | Toilettengang Tag |  |  |  |
| Ernährung |  |  |  |  | Toilettengang Nacht |  |  |  |

Allergien: welche? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Rauchen  ja  nein

Kommunikation/Migration Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**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:

Bitte legen Sie folgende Kopien bei:  ID  Krankenversicherungskarte  Patientenverfügung

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

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