**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