



Anmeldung Gerontopsychiatrie für ein Gesundheitszentrum für das Alter der Stadt Zürich

Einzusenden an Auskunft und Beratung. Das Anmeldeformular ist von der behandelnden Ärzt*in sowie von den involvierten Diensten auszufüllen und zu unterschreiben.

Administrative Angaben

Name: _____
(gemäss amtlichen Dokumenten)

Geburtsdatum: _____

Zivilstand: _____

Strasse, Nr. _____

Telefon/Mobil _____

Krankenkasse: _____

Konfession: _____

Vorname: _____

männlich weiblich neutrale Anrede

Heimatort: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnr.: _____

AHV-Nr.: _____

Hilflosenentschädigung: ja nein beantragt unbekannt

Ergänzungsleistung: ja nein beantragt unbekannt

Erwachsenenschutzmassnahmen (KESB): ja nein beantragt unbekannt

Hatte bisher Spitex: nein ja, Zentrum: _____

Bezugsperson

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Rechnungsempfänger*in

Patient*in **Bezugsperson**

Name: _____

andere Person (Nachfolgendes bitte ausfüllen)

Strasse, Nr.: _____

Vorname: _____

Telefon/Mobil: _____

PLZ, Ort: _____

Beziehungsgrad: _____

E-Mail: _____

Gewünschter Eintritt _____

Tel. zuständige Abteilung: _____

zuständige*r Sozialarbeiter*in: _____

Telefon: _____





Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Vereinbarung

Mit der Anmeldung in einem städtischen Gesundheitszentrum für das Alter erkläre ich mich einverstanden. Ich wurde informiert, dass sich die Zuteilung des Platzes nach der Kapazität der Gesundheitszentren für das Alter richtet. Einverstanden bin ich, dass die für die Anmeldung notwendigen Formulare und Berichte (Personalien, Arzt- und Pflegebericht, Informationen vom Sozialdienst) an die Gesundheitszentren für das Alter weitergeleitet werden. Aktuelle Informationen, welche für meine Behandlung und Betreuung notwendig sind, können im Verlaufe des Anmeldeprozesses auch mündlich ausgetauscht werden.

- Das Angebot wurde mir erklärt und die Informationsbroschüren «Herzlich willkommen bei uns» und/oder «Akut- und Übergangspflege» überreicht.
- Ich wurde über die Kosten informiert und über die Finanzierungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Wünsche

Für die Akut- und Übergangspflege

- Entlisberg Käferberg Witikon

Bemerkungen: _____

Definitiver Eintritt in ein Gesundheitszentrum für das Alter

- Ich wünsche einen definitiven Platz im Gesundheitszentrum _____
- Ich wünsche folgende Zimmerkategorie: _____

Unterschriften

Patient*in: _____ Datum: _____

Sofern durch eine Bezugsperson unterschrieben:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Begründung, falls weder Patient*in noch Bezugsperson unterschreibt:

- Patient*in nicht urteilsfähig Bezugsperson nicht verfügbar
- körperliche Einschränkungen mündlich einverstanden: _____
- andere: _____

Name der*des Sozialarbeiterin*Sozialarbeiters, die*der die Vereinbarung besprochen hat:

Unterschrift: _____ Datum: _____





Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Wichtige Angaben zur Vorbereitung der Nachbetreuung

Andere multiresistente Infekte (z.B. ESBL, VRE, MRSA; MRNG)

Datum: _____ nein ja, welche: _____

Stoma, Produkt/Material _____

PEG, Produkt _____

O₂ _____ l/Min., _____ Std. pro Tag

Isolation _____

Reanimationsstatus im Spital

Verhaltensauffälligkeit

Rea nein Rea ja

Weglaufgefahr Sitzwache

Anmeldung für Angebote mit besonderem Pflegebedarf

Die Anmeldungen für diese Angebote unterliegen **nicht** der 48 Stunden Übertrittsregelung. Für diese Anmeldungen wird eine längere Abklärungszeit benötigt.

Trachealkanüle mit ohne Cuff Adipositas, mehr als 140 kg Vakuumverband

Langzeitbeatmung Hämodialyse PICC Kath.

Antibiotika intravenös Peritonealdialyse Midline Kath.

Andere, welche: _____

COVID-Impfung

ja

Wirkstoff _____ Impfdaten _____

nein

Bemerkung _____

COVID-Erkrankung durchgemacht: nein ja wann _____



Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Erforderliche Beilagen

- Ärztliche Anamnese und Diagnoseliste
- Aktuelle Verordnungen inkl. Medikamente- und Verbandmaterial Liste
- Pflegerapport

Eintrittsmodalitäten

Bitte alle unten aufgeführten Unterlagen dem*r Patient*in mitgeben. Bei Übertritt am Freitagnachmittag und Wochenende: Medikamente und Materialien für drei Tage mitgeben.

Ärztliche Unterlagen

- Provisorischer Austrittsbericht
- Wenn vorhanden aktuelle Befunde (Labor, Röntgen, EKG usw.)

Pflegerische Unterlagen

- Aktualisierter Pflegerapport (inkl. Wunddokumentation wenn vorhanden)

Ausgefüllt durch: (wenn vorhanden gilt auch die elektronische Unterschrift)

Ärzt*in: _____ Telefon: _____
(Stempel)

Unterschrift: _____ Datum: _____