



WDGWUL
*VGLWVWUIUGDVOWU
VNIW GUDW
IIIOVWUDVV
UL

O
)D
IDEUDWUL
VWDGWULVGLWV WU

Anmeldung aus dem Spital für ein Gesundheitszentrum für das Alter der Stadt Zürich

(LVGDVNIWGUDW DVPOGIRUPODULVW.RGU EDGOGbUWL VR
ZLR G LROLUW LVWDVIOOGWUVULE

Administrative Angaben

DP **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB** RUDP **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

PIVDPWOLRNPW **PIOL**

*EUWVGDW **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

LLOVWDG **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

WUDVVU **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

OIRRELO **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

UDNNDVV **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

RIVVLR **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

Bezugsperson

DP **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB** RUDP **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

WUDVVU **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB** UW **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

OIRRELO **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB** B DLO **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

LVUDG **BBBBBBBBBBBBBBBBBBBB**

Rechnungsempfänger*in

Patient*in Bezugsperson

Gewünschter Eintritt **BB**

OVWIGLEWLO **BB**

VWIGL URLDODUELW **BB**

OIR **BB**





Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vereinbarung

LWGUPOGLLPVWIGWLVA VGLWVWUP IUGDVOWUNOIULPLLU
VWDGZUGLIRUPLUWGDVVVLGLWLOGVODWVDGU DSDLWIWGU VVG
LWVWUIUGDVOWUULWW(LUVWDGELLIGDVVGLIUGLPOGRWZGL)RU
PODUGULWUVRDOLUW GIOEULW IRUPDWLRRPRLDOGLVWDGL
***VGLWVWUIUGDVOWUZLWUOLWWZUGNWO,IRUPDWLRZOIUL**
DGOGWURWZGLVLGNLPUODIGVPOGSURVVVDPGOL
DVWDVWZUG

Wünsche

)UGL NW GHEUDVSIO

Unterschriften

DWLWLBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB DWPBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

RIUGULVSUVRWUVULE

DP BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB DP BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

WUDVVU BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB W BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

OIRRELO BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB OLO BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

WUVULIW BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB W BBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBBB

UGIDOOV ZGUDWLWLRVSUVRWUVULEW





Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wichtige Angaben zur Vorbereitung der Nachbetreuung

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

DWPBBBBBBBBBBBBBBBB

Stoma, UU

PEGURGNWBB

O₂ LU

Isolation

Reanimationsstatus im Spital

Verhaltensauffälligkeit

BB

Anmeldung für Angebote mit besonderem Pflegebedarf

LPOGIUGLVERWUOL

nicht **UuUUUU**

PZLUUWU

COVID-Impfung

MD





Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Erforderliche Beilagen

- bUWOLDPVGLDRVOLVW
- NWOOURUGLNOGLNDPW GUEDGPDWULDOLVW
- IOUDSSRUW

Eintrittsmodalitäten

- LWWDOWDIIUWWUODGPUDWLWLPLWE LhEUWULWWULWDD
- PLWWDG:RGGLNDPWGDWULDOLIUGULD PLW

Ärztliche Unterlagen

- UUUUUUUU
- UUU

Pflegerische Unterlagen

- UUUU UU PPUU

Ausgefüllt durch: ZUUUUUUU

- bU
- P
- UUU P

