



Stadt Zürich
Beratungsstelle Wohnen im Alter
Vorübergehend andere Adresse
Wipkingerplatz 5
8037 Zürich

Tel. 044 412 11 22
Fax 044 412 11 33
stadt-zuerich.ch/wohnenimalter
wohnenimalter@zuerich.ch

Anmeldung durch Arztpraxis für ein Pflegezentrum der Stadt Zürich

Das Anmeldeformular ist von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt sowie von den involvierten Diensten auszufüllen und zu unterschreiben.

Nur vollständig und korrekt ausgefüllte Anmeldeformulare inkl. unterschriebener Vereinbarung zwischen Patient/-in und anmeldender Institution können bearbeitet werden.

Administrative Angaben

Name: _____
(gemäss amtlichen Dokumenten)

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

männl. weibl.

Zivilstand: _____

Heimatort/Nationalität: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Stadtkreis: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Konfession: _____

AHV-Nr.: _____

Es bestehen Zweifel betreffend Wohnsitzgemeinde ja nein

Hilflosenentschädigung ja nein beantragt unbekannt

Ergänzungsleistung: ja nein beantragt unbekannt

Erwachsenenschutzmassnahmen (KESB): ja nein beantragt unbekannt

Hatte bisher Spitex: nein ja, Zentrum: _____

Rechnungsempfänger/-in:

Patientin / Patient

andere Person (Nachfolgendes bitte ausfüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Bezugsperson:

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____

E-Mail: _____

Beziehungsgrad: _____

Gewünschter Eintritt:

Datum: _____

Anmeldende Stelle:

Betrieb: _____ Direktwahl Telefon _____

Zuständige/r Sozialarbeiterin/Sozialarbeiter: _____



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vereinbarung

Mit der Anmeldung in einem städtischen Pflegezentrum erkläre ich mich einverstanden. Ich wurde informiert, dass sich die Zuteilung des Platzes nach der Kapazität der Pflegezentren richtet.

Einverstanden bin ich, dass die für die Anmeldung notwendigen Formulare und Berichte (Personalien, Arzt- und Pflegebericht, Informationen vom Sozialdienst) an die Pflegezentren 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 sowie über die Finanzierungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Wünsche:

Für die Akut- und Übergangspflege

Entlisberg Käferberg Witikon

Details/Infos zu den Prioritäten: _____

- Ich wünsche einen definitiven Platz im Pflegezentrum _____
- Ich wünsche folgende Zimmerkategorie _____

Unterschriften:

Patientin/Patient: _____ Datum: _____

Sofern durch eine Bezugsperson unterschrieben:

Name: _____ Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____

Begründung, falls weder Patientin/Patient noch Bezugsperson unterschreibt:

- Patientin/Patient nicht urteilsfähig Bezugsperson nicht verfügbar
- körperliche Einschränkungen mündlich besprochen mit _____
- andere _____

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

Name, Vorname: _____

Unterschrift: _____ Datum: _____



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wichtige Angaben zur Vorbereitung der Nachbetreuung

Dekubitus / Wunden

nein _____ ja, welche _____

MRSA-Abstrich

Datum: _____ negativ positiv

Andere multiresistente Infekte (z. B. ESBL)

Datum: _____ nein ja, welche: _____

Stoma, Produkt / Material _____

PEG, Produkt _____

O₂ _____ l/Min., _____ Std. pro Tag **Gewicht** in kg: _____

Tuberkuloseausschluss

Eines der folgenden drei Kriterien ist im letzten Jahr erfüllt:

Hospitalisation (somatisch)

Normale BSR, falls erhöht zusätzlich Thoraxbefund oder Gammainterferontest _____

Normales CRP, falls erhöht zusätzlich Thoraxbefund oder Gammainterferontest _____

Verhaltensauffälligkeiten

nein ja, welche: _____

Reanimationsstatus im Spital

Rea nein Rea ja

Bedarf an Übergangspflege

nein ja, separates Verordnungsformular liegt der Anmeldung bei.

Bedarf an Demenzbetreuung

nein ja

Weglaufgefahr

nein ja

Anmeldung für Angebote mit besonderem Pflegebedarf

Die Anmeldungen für diese Angebote unterliegen **nicht** der 48 Stunden Übertrittsregelung.

Trachealkanüle mit ohne Cuff Adipositas, mehr als 150 kg Vakuumverband

Langzeitbeatmung Hämodialyse MRSA / Isolation

Andere, welche: _____

Spezielle Hilfsmittel (z. B. überbreiter Rollstuhl, spezielle Matratze usw.)

Kontakt für Rückfragen

Telefon der zuständigen Abteilung _____

Erforderliche Beilagen:

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



Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Allgemeine Aufnahmekriterien

Aufgenommen werden ausschliesslich Patienten und Patientinnen, die **keinen** Akutspitalbedarf und / oder akut psychiatrischem Behandlungsbedarf haben.

Ausschlusskriterien:

- Intravenöse Infusionen und/oder Therapien (z. B. Zytostatica)
- Durch Sozialkontakte übertragbare Erkrankungen (z. B. Noroviren)
- Besiedlung mit multiresistenten Keimen (ausser Spezialabteilung)

Eintrittsmodalitäten

Beim **Eintritt** müssen alle unten aufgeführten Unterlagen zwingend dem Patienten / der Patientin mitgegeben werden.

Ärztliche Unterlagen

- Provisorischer Arzt- oder Austrittsbericht inkl. persönlicher Anamnese
- Aktuelle Befunde (Labor, Röntgen, EKG usw.)
- Aktuelle Medikamentenverordnung
- Aktuelle Verordnungen
- Negativer MRSA-Abstrich bei chronischen Wunden (länger als 4 Wochen)

Pflegerische Unterlagen

- Aktueller Überweisungsrapport
- Aktuelle Pflegeplanung und Pflegeverlauf / -bericht (letzte 5 Tage)

Wochenende

- Bei Übertritt ab Freitagnachmittag und Wochenende: Medikamente und Materialien für drei Tage mitgeben.
- Bei Wochenendübertritt muss der Patient / die Patientin am gleichen Tag vom Dienstarzt im Spital nochmals begutachtet und als verlegungsfähig befunden werden

Ausgefüllt durch: (entfällt wenn im Medfolio ersichtlich)

Ärztin / Arzt: _____ Telefon: _____

(Stempel)

Unterschrift: _____ Datum: _____