

Stadt Zürich  
Pflegezentren  
Auskunft und Beratung  
Räffelstrasse 12  
8045 Zürich

Tel. 044 412 10 20  
Fax 044 412 10 17  
[www.stadt-zuerich.ch/pflegezentren](http://www.stadt-zuerich.ch/pflegezentren)  
[BeratungPZZ@zuerich.ch](mailto:BeratungPZZ@zuerich.ch)

## Anmeldung Gerontopsychiatrie im Pflegezentrum der Stadt Zürich

Einzusenden an Auskunft und Beratung. 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: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
(gemäss amtlichen Dokumenten)

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:

Spital/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) an die Pflegezentren weitergeleitet werden. Aktuelle Informationen, welche für meine Behandlung und Betreuung notwendig sind, können im Verlaufe des Anmeldeprozesses auch mündlich ausgetauscht werden.

Ich wurde über die Kosten informiert sowie über die Finanzierungsmöglichkeiten aufgeklärt.

### 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 Bezugsperson, 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 (Abstrich bei chronischen Wunden älter als 4 Wochen)

#### Andere multiresistente Infekte (z. B. ESBL)

Datum: \_\_\_\_\_  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

**Stoma**, Produkt / Material \_\_\_\_\_

**PEG**, Produkt \_\_\_\_\_

**O<sub>2</sub>** \_\_\_\_\_ 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

Rea nein  Rea ja

#### Bedarf an Demenzbetreuung

nein  ja

#### Weglaufgefahr

nein  ja

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Kontakt für Rückfragen

Telefon der zuständigen Abteilung \_\_\_\_\_

#### Erforderliche Beilagen:

- Ärztliche Anamnese und Diagnoseliste
- Aktueller Gerontopsychiatrischer Arztbericht
- NPI (Demenz Neuropsychiatrisches Inventar) Assessment  
(Formular kann bei Auskunft und Beratung angefordert werden)
- 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

- Aktueller Arzt- oder Austrittsbericht inkl. persönlicher Anamnese
- Aktuelle Befunde (Labor, Röntgen, EKG usw.)
- Aktuelle Medikamentenverordnung
- Aktuelle Verordnungen

### Pflegerische Unterlagen

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

**Ausgefüllt durch:** (entfällt wenn im Medfolio ersichtlich)

Ärztin / Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

(Stempel)

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_