Bei Ehepaaren bitte zwei Anmeldeformulare ausfüllen

**Personalien**

Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Vorname: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geburtsdatum: Datum eingeben.

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.

Tel.-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Rechtlicher Wohnsitz: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Handy-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Beruf: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Hausarzt: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. AHV-Nummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Krankenkasse: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Versicherungsnummer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

In Wetzikon niedergelassen seit: Datum eingeben. Heimatort: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Wohnsituation vor dem Eintritt**

[ ]  Privathaushalt [ ]  Spital [ ]  anderes Heim [ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Kontaktperson**

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. Tel.-G: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Handy-Nr.: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. E-Mail: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Verwandtschaftsgrad: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Finanzielles**

Bei Fragen bezüglich Ergänzungsleistungen können Sie sich an die Abteilung Sozialversicherung der Stadt Wetzikon wenden.

**Diagnosen**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Besonderes**

Ich habe eine Patientenverfügung [ ]  ja [ ]  nein

Ich habe einen Vorsorgeauftrag [ ]  ja [ ]  nein

Ich benötige Hilfe beim An- und Ausziehen [ ]  ja, wie? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  nein

Ich benötige Hilfe bei der Körperpflege [ ]  ja, wie? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  nein

Ich benötige Hilfe beim Essen (Unterstützung) [ ]  ja, wie? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Schluckstörung

 [ ]  nein

Mobilität eingeschränkt [ ]  ja, Form? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

 [ ]  Sturzgefahr

 [ ]  nein

Inkontinenz [ ]  ja [ ]  nein

**Orientierung (Persönlich / Ort)**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Hilfsmittel**

Ich benötige folgende Hilfsmittel:

[ ]  Rollator [ ]  Katheter

[ ]  Rollstuhl [ ]  Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Gehhilfe

**Bemerkungen**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ein Umzug in ein Pflegezentrum ist dann vonnöten, wenn die betroffene Person nicht mehr alleine den Alltag bewältigen kann.**

Der/die Unterzeichnete bestätigt die Richtigkeit der Angaben, ermächtigt die Leitung Pflegezentrum,
beim Hausarzt medizinische Auskünfte einzuholen und entbindet den Arzt insofern von der ärztlichen Geheimhaltung.

Datum: Datum eingeben. Unterschrift:

Unterschrift/Visum MA Pflegezentrum Wildbach:

Sämtliche Angaben werden streng vertraulich behandelt. Wir machen Sie ausdrücklich darauf aufmerk-sam, dass wir mit Entgegennahme dieser Anmeldung die Aufnahme nicht zusichern können.