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.