



## Anmeldung durch eine Arztpraxis für ein Gesundheitszentrum für das Alter der Stadt Zürich

Einzusenden an Auskunft und Beratung. Das Anmeldeformular ist von der behandelnden Ärzt\*in sowie von den involvierten Diensten auszufüllen und zu unterschreiben.

### Administrative Angaben

Name: \_\_\_\_\_  
(gemäss amtlichen Dokumenten)

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Zivilstand: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr. \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  neutrale Anrede

Heimatort: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Hilflosenentschädigung: ja  nein  beantragt  unbekannt

Ergänzungsleistung: ja  nein  beantragt  unbekannt

Erwachsenenschutzmassnahmen (KESB): ja  nein  beantragt  unbekannt

Hatte bisher Spitex:  nein  ja, Zentrum: \_\_\_\_\_

### Bezugsperson

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Rechnungsempfänger\*in

**Patient\*in**  **Bezugsperson**

Name: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Beziehungsgrad: \_\_\_\_\_

andere Person (Nachfolgendes bitte ausfüllen)

Vorname: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gewünschter Eintritt** \_\_\_\_\_

Tel. zuständige Abteilung: \_\_\_\_\_

zuständige\*r Sozialarbeiter\*in: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_





**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### Vereinbarung

Mit der Anmeldung in einem städtischen Gesundheitszentrum für das Alter erkläre ich mich einverstanden. Ich wurde informiert, dass sich die Zuteilung des Platzes nach der Kapazität der Gesundheitszentren für das Alter richtet. Einverstanden bin ich, dass die für die Anmeldung notwendigen Formulare und Berichte (Personalien, Arzt- und Pflegebericht, Informationen vom Sozialdienst) an die Gesundheitszentren für das Alter 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 und über die Finanzierungsmöglichkeiten aufgeklärt.

### Wünsche

Für die Akut- und Übergangspflege

- Entlisberg       Käferberg       Witikon

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Definitiver Eintritt in ein Gesundheitszentrum für das Alter

- Ich wünsche einen definitiven Platz im Gesundheitszentrum \_\_\_\_\_
- Ich wünsche folgende Zimmerkategorie: \_\_\_\_\_

### Unterschriften

Patient\*in: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sofern durch eine Bezugsperson unterschrieben:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

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

Begründung, falls weder Patient\*in noch Bezugsperson unterschreibt:

- Patient\*in nicht urteilsfähig       Bezugsperson nicht verfügbar
- körperliche Einschränkungen       mündlich einverstanden: \_\_\_\_\_
- andere: \_\_\_\_\_

Name der\*des Sozialarbeiterin\*Sozialarbeiters, die\*der die Vereinbarung besprochen hat:

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





**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### **Wichtige Angaben zur Vorbereitung der Nachbetreuung**

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

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

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

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

**O<sub>2</sub>** \_\_\_\_\_ l/Min., \_\_\_\_\_ Std. pro Tag

**Isolation** \_\_\_\_\_

#### **Reanimationsstatus im Spital**

Rea nein  Rea ja

#### **Verhaltensauffälligkeit**

Weglaufgefahr  Sitzwache

### **Anmeldung für Angebote mit besonderem Pflegebedarf**

Die Anmeldungen für diese Angebote unterliegen **nicht** der 48 Stunden Übertrittsregelung. Für diese Anmeldungen wird eine längere Abklärungszeit benötigt.

Trachealkanüle  mit  ohne Cuff  Adipositas, mehr als 140 kg  Vakuumverband

Langzeitbeatmung  Hämodialyse  PICC Kath.

Antibiotika intravenös  Peritonealdialyse  Midline Kath.

Andere, welche: \_\_\_\_\_

### **COVID-Impfung**

ja

Wirkstoff \_\_\_\_\_ Impfdaten \_\_\_\_\_

nein

Bemerkung \_\_\_\_\_

COVID-Erkrankung durchgemacht: nein  ja  wann \_\_\_\_\_



**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

### **Erforderliche Beilagen**

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

### **Eintrittsmodalitäten**

Bitte alle unten aufgeführten Unterlagen dem\*r Patient\*in mitgeben. Bei Übertritt am Freitagnachmittag und Wochenende: Medikamente und Materialien für drei Tage mitgeben.

### **Ärztliche Unterlagen**

- Provisorischer Austrittsbericht
- Wenn vorhanden aktuelle Befunde (Labor, Röntgen, EKG usw.)

### **Pflegerische Unterlagen**

- Aktualisierter Pflegerapport (inkl. Wunddokumentation wenn vorhanden)

**Ausgefüllt durch:** (wenn vorhanden gilt auch die elektronische Unterschrift)

Ärzt\*in: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
(Stempel)

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