

Anmeldung zur Aufnahme

Formular an: Clenia Bergheim AG, Empfang, Holländerstrasse 80, 8707 Uetikon am See

Name, Vorname: _____ Zivilstand: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Wohnadresse (Schriften hinterlegt)

PLZ, Ort: _____ Strasse: _____

Heimatort: _____ AHV-Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Mitgl.-Nr.: _____

PLZ, Ort (Leistungszentrum KK): _____

Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Aufenthaltsdauer

Daueraufenthalt Ferienaufenthalt

Übergangsaufenthalt / angemeldet in: _____

Zimmerwunsch (Tagespauschale, Preise siehe Taxliste)

Einz Zimmer Zweierzimmer

Einz Zimmer med. Indikation (Finanzierungsantrag notwendig)

Bemerkungen:

Bezugspersonen

Name, Vorname: _____ Telefon P: _____

PLZ, Ort: _____ G: _____

Strasse: _____ Beziehung: _____

Name, Vorname: _____ Telefon P: _____

PLZ, Ort: _____ G: _____

Strasse: _____ Beziehung: _____

Hat die angemeldete Person eine Beistandschaft ja nein

Name, Adresse Beistand / Art der Beistandschaft:

Derzeitiger Aufenthaltsort

eigene Wohnung Angehörige Klinik oder Heim

Name der Institution: _____

Telefon Kontaktperson: _____

Klinikaufenthalt in den letzten 12 Monaten

ja nein wenn ja, wo _____

Ist Mithilfe bei den folgenden Verrichtungen des täglichen Lebens notwendig?

	Ja	nein	Überwachung
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung selbständig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Welche der folgenden Feststellungen treffen zu?

Tageslauf geordnet nicht mehr geordnet gelegentlich verwirrt immer verwirrt

Mini-Mental Status (durchgeführt)

ja / Punkte: _____
 nein

Verhalten in der Nacht

ruhig unruhig ängstlich

Erkennen der Angehörigen

ja nein

Wie würden Sie die Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit umschreiben?

wenig Hilfe nötig vermehrte Hilfe intensive Hilfe bettlägerig

Werden Hilfsmittel / Gehhilfen gebraucht?

Hörgerät Brille Stock Rollator Rollstuhl andere _____

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?

Ja Nein

Bezug einer Hilflosenentschädigung

Ja Nein

Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?

Ja Nein

Wie dringend ist die Aufnahme?

noch nicht dringend *dringend *sehr dringend

*Bei dringend und sehr dringend bitte Arztzeugnis beilegen