

## Anmeldung zur Aufnahme

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

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Zivilstand: \_\_\_\_\_

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

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

### Zivilrechtlicher Wohnsitz (letzter Wohnsitz vor Heimeintritt):

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

→ Bitte Kopie der Versichertenkarte/Police beilegen

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

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

### Zuweiser:

Arzt     Klinik/Heim     Selber     Angehörige     Beistand

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

### Aufenthaltsdauer

Daueraufenthalt     Ferienaufenthalt  
 Übergangsaufenthalt / angemeldet in: \_\_\_\_\_

### Zimmerwunsch (Tagespauschale, Preise siehe Taxliste)

Einz Zimmer     Einz Zimmer med. Indikation (Finanzierungsantrag notwendig)  
 Zweierzimmer

Bezieht Ergänzungsleistungen  ja     nein

**Bezugsperson A**     Rechnungsempfänger

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

**Bezugsperson B**     Rechnungsempfänger

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

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

Hat die angemeldete Person eine Beistandschaft  ja     nein

Beistand ist der Rechnungsempfänger

Name, Adresse Beistand / Art der Beistandschaft:

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

**Derzeitiger Aufenthaltsort**

eigene Wohnung    Angehörige    Klinik oder Heim

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon/Name 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 ein Vorsorgeauftrag vorhanden?**

Ja    Nein

**Ist eine Patientenverfügung vorhanden?**

Ja    Nein

**Wie dringend ist die Aufnahme?**

noch nicht dringend    \*dringend    \*sehr dringend

\*Bei dringend und sehr dringend bitte Arztzeugnis beilegen