

Aufnahmeformular

für den stationären Bereich

für das Tageszentrum

Wir bitten Sie, das vollständig ausgefüllte Aufnahmeformular **vor Eintritt** an das Zürcher Lighthouse zu senden. E-Mail: zlh.aufnahme@hin.ch

Für die Prüfung einer Aufnahme ins Zürcher Lighthouse werden folgende Unterlagen benötigt:

- provisorischer Arztbericht mit Aufführen der aktuellen Krankheitssituation und geplantem Prozedere
- Pflegerapport inklusive Pflege-Anamnese
- Medikamente- und Verbandmaterial Liste, allfällige Installationen

Personalien und allgemeine Angaben

Name Vorname

Aktuelle Wohnadresse

Falls abweichend von Wohnadresse: Steuerort / gesetzlicher Wohnsitz

Geburtsdatum Zivilstand

Konfession Heimatort

zuletzt ausgeübter Beruf

AHV-Nr. Nationalität

Telefon Mobil

Patientenverfügung/ACP vorhanden JA* NEIN * Bitte mit der Anmeldung schicken oder bei Eintritt mitbringen

Wenn keine Patientenverfügung vorhanden:

Rea-Status JA NEIN

Behandlung nach best supportive care? JA NEIN

Fortlaufende Chemo-/Radiotherapie JA NEIN

Vorsorgeauftrag vorhanden JA* NEIN * Bitte bei Eintritt mitbringen

Mitgliedschaft bei einer Freitodorganisation JA NEIN

Angehörige und Ansprechpersonen

1

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon/Mobil E-Mail

Verwandtschafts-/Beziehungsgrad

Vertretungsberechtigt JA NEIN

2

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon/Mobil E-Mail

Verwandtschafts-/Beziehungsgrad

Vertretungsberechtigt JA NEIN

3

Name Vorname

Strasse/Nr. PLZ/Ort

Telefon/Mobil E-Mail

Verwandtschafts-/Beziehungsgrad

Vertretungsberechtigt JA NEIN

Weitere Kontaktpersonen (Name, Adresse, Telefon, Beziehungsgrad)

Sind minderjährige Kinder involviert? JA NEIN

wenn JA (Name, Adresse, Telefon, Beziehungsgrad)

Versicherungen/Renten

Krankenkasse

Grundversicherung

Sektion/Ort und PLZ

Versicherungsnummer

Zusatzversicherung

JA NEIN

Sektion/Ort und PLZ

Versicherungsnummer

Bitte bringen Sie bei Eintritt Ihre Krankenkassen-Karte mit.

AHV

JA

NEIN

IV

JA

NEIN

Beantragt

Ergänzungsleistungen

JA

NEIN

Beantragt

Sozialhilfe

JA

NEIN

Beantragt

Hilflosenentschädigung

JA

NEIN

Beantragt

Beistandschaft

JA

NEIN

Beantragt

Hausärztliche Betreuung (Name/Adresse/Telefon)

Rechnungsempfänger

Patient

oder **Ansprechperson** (Name/vollständige Adresse/Telefon/E-Mail)

Der Rechnungsempfänger wurde über die Kosten informiert und über die Finanzierungsmöglichkeiten aufgeklärt:

JA

NEIN

Gewünschter Eintritt

Wir möchten Sie gerne darauf hinweisen, dass unsere Bewohner-Zimmer eingerichtet sind. Sie können aber gerne noch etwas Persönliches, das auf dem Sideboard aufgestellt werden kann, mitbringen.
Es besteht kein Anspruch auf ein Zimmer mit Balkon.

Zuständige Person für Rückfragen (Name/Adresse/Telefon)

Ort, Datum

Unterschrift (durch Patient oder Bezugsperson)

Bemerkungen