ZÜRCHER LIGHTHOUSE
KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE PFLEGE & MEDIZIN

Eglistrasse 1
8004 Zürich
Tel. 044 265 38 11
www.zuercher-lighthouse.ch

Aufnahmeformular

❍ für die palliative Pflegeabteilung
❍ für die stationäre Langzeitpflege
❍ 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 in die palliative Pflegeabteilung 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 _____

Angaben für die Aufnahme in die palliative Pflegeabteilung:

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 ❍

ZÜRCHER LIGHTHOUSE
KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE PFLEGE & MEDIZIN

Eglistrasse 1
8004 Zürich
Tel. 044 265 38 11
www.zuercher-lighthouse.ch

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)

ZÜRCHER LIGHTHOUSE
KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE PFLEGE & MEDIZIN

Eglistrasse 1
8004 Zürich
Tel. 044 265 38 11
www.zuercher-lighthouse.ch

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 ❍

ZÜRCHER LIGHTHOUSE
KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE PFLEGE & MEDIZIN

Eglistrasse 1
8004 Zürich
Tel. 044 265 38 11
www.zuercher-lighthouse.ch

Gewünschter Eintritt

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass unsere Bewohner-Zimmer in der palliativen Pflegeabteilung 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.
In der stationären Langzeitpflege können die Zimmer individuell mit Kleinmöbeln eingerichtet werden.

Zuständige Person für Rückfragen (Name/Adresse/Telefon)

Ort, Datum

Unterschrift (durch Patient oder Bezugsperson)

_____

Bemerkungen