

## Personalien

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....

Zivilstand: ..... Konfession: .....

Früher tätig als: .....

Wohnort: ..... Strasse: .....

lebt alleine  lebt zusammen mit: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: .....

Mitglieder-Nr.: ..... Sektion: .....

Einweisender Arzt: .....

Hausarzt: .....

**Zur Zeit im Spital Limmattal hospitalisiert?**  Ja  Nein

Abteilung: ..... Zimmer-Nr.: .....

**Zur Zeit in einem anderen Spital oder Heim?**  Ja  Nein

Spital/Heim: .....

**Gewünschter Aufnahmetermin:**  ab sofort  gewünschter Termin: .....

gewünschter Aufnahmetermin wird später bekannt gegeben.

### Gewünschter Aufenthalt:

**Pflegeabteilung**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)

**Voraussichtlicher Aufenthalt bis 14 Tage**

**Voraussichtlicher Aufenthalt länger als 14 Tage**

**geschützte Demenzabteilung**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)

**Hospiz**  
(Kündigungsfrist in den ersten zwei Monaten 4 Tage, danach 14 Tage)

**Ferienbett** vom .....bis.....  
(Eintritt von zu Hause - Entlastungsangebot)

**Zimmer:** Preise siehe Taxordnung

Mehrbettzimmer  2-er Zimmer  für 1-er Zimmer besteht eine interne Warteliste

**Folgende Personen habe ich als meine Bezugsperson bestimmt:**  
(Person, die über meinen Gesundheitszustand informiert werden darf)

**1. Priorität:** Name: .....  
Adresse: .....  
.....  
E-Mail: .....  
Telefon: Privat .....  
Geschäft oder Natel .....  
Beziehung: .....

**2. Priorität:** Name: .....  
Adresse: .....  
.....  
E-Mail: .....  
Telefon: Privat .....  
Geschäft oder Natel .....  
Beziehung: .....

**3. Priorität:** Name: .....  
Adresse: .....  
.....  
E-Mail: .....  
Telefon: Privat .....  
Geschäft oder Natel .....  
Beziehung: .....

Ich habe keine Bezugsperson

**Vertretungsberechtigte Person nach Erwachsenenschutzrecht, die bei einer allfälligen Urteilsunfähigkeit bei medizinischen Entscheidungen mitwirken darf:**

Name: .....

Adresse: .....  
.....

Telefon: Privat .....

Geschäft oder Natel .....

E-Mail .....

Beziehung .....

es ist niemand bestimmt, somit gilt die Reihenfolge nach dem Erwachsenenschutzgesetz

**Rechnungsadresse**

Sie erledigen die finanziellen Angelegenheiten selbständig und ohne Hilfe.  
(Sie sind zugleich Rechnungsempfänger)

Die finanziellen Angelegenheiten erledigt (Rechnungsempfänger)

Name: .....

Adresse: .....  
.....

Telefon: Privat .....

Geschäft oder Natel .....

E-Mail .....

- Es besteht eine Patientenverfügung oder ein Vorsorgeauftrag (wenn ja, beilegen)
- Es besteht eine Beistandschaft (welche Art).....
- Ergänzungsleistungen  Ja  Nein
- Hilflosenentschädigung  Ja  Nein
- Art der Hilflosenentschädigung:  leicht  mittel  schwer
- Hat zu Hause Spitex in Anspruch genommen  Ja  Nein

**Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Unterlagen bei:**

- Schriftenempfangsschein (Kopie)
- Versichertenkarte der Krankenkasse (Kopie)
- LSV-Formular (Original) ausgefüllt und unterschrieben
- Impfpass (Kopie), wenn vorhanden
- Foto des Bewohners, der Bewohnerin, falls vorhanden
- Bescheinigung, falls bereits Ergänzungsleistungen bezogen werden (Kopie)
- Letzte Steuererklärung (Kopie)

**Wichtige Informationen**

- Bei Eintritt werden die Medikamente durch die Spitalapotheke gerichtet und geliefert. Aus diesem Grund können keine mitgebrachten Medikamente verabreicht werden (bei Ferienbewohnenden individuelle Regelung).

Ich bin informiert über die Taxordnung und das Pensionsreglement und bin damit einverstanden.

Ort und Datum:

Unterschrift:

.....

.....

**Eine Kopie dieses Formulars ist der angemeldeten Person auszuhändigen, wenn die Anmeldung durch eine Behörde, eine Rehaklinik oder den Sozialdienst veranlasst wurde.**

Die Anmeldung ist zu richten an:

Pflegezentrum Spital Limmattal  
Bettendisposition / Sekretariat  
Urdorferstrasse 100  
8952 Schlieren