

Anfrageformular für Eintritt [dieses PDF-Dokument ist ausfüllbar]

Bitte füllen Sie möglichst viele Felder aus, welche mit einem kleinen Stern markiert und für Sehende gelb hinterlegt sind. Senden Sie uns dieses Anfrageformular sowie die ergänzenden Dokumente, welche im Formular erwähnt sind, an:

Per Post an: Stiftung Mühlehalde, Witikonstrasse 100, 8032 Zürich
 Per E-Mail an: administration@muehlehalde.ch (ungesicherte Datenübertragung)

Wir möchten gleich zu Beginn darauf aufmerksam machen, dass über eine Aufnahme erst nach sorgfältiger Prüfung Ihrer Anfrage und weiteren notwendigen Abklärungen entschieden werden kann. Zum Zeitpunkt Ihrer Anfrage kann keine Aufnahme zugesichert werden. Besten Dank für Ihr Verständnis.

Anfrage für

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> * Daueraufenthalt | <input type="checkbox"/> * Akut- und Übergangspflege (AÜP), 14 Kalendertage |
| <input type="checkbox"/> * Gastaufenthalt | <input type="checkbox"/> * Interessentenliste (Warteliste) |

Termine

* Wunschdatum für den Eintritt (Datum)

Probewohnen

Möchten Sie vorgängig ein Probewohnen (3 Tage kostenfrei) vereinbaren: Ja Nein

Gewünschter Zeitraum von (Datum) bis (Datum)

Personalien und allgemeine Angaben

* Name:	<input type="text"/>
* Vorname(n):	<input type="text"/>
* Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
* Postleitzahl:	<input type="text"/>
* Ort:	<input type="text"/>
* Geburtsdatum:	<input type="text"/>
* 1. Telefon Nr.:	<input type="text"/>
2. Telefon Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
* Zivilstand:	<input type="text"/>
Konfession:	<input type="text"/>
* Heimatort:	<input type="text"/>
* AHV-Nr.:	<input type="text"/>
* Steuerdomizil (Gemeinde)	<input type="text"/>
Gegenwärtiger Aufenthaltsort:	<input type="text"/>

Angehörige / Kontaktpersonen

Erste Bezugsperson

Anrede:

* Name:

* Vorname:

* Strasse/Nr.:

* Postleitzahl:

* Ort:

* 1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

* Bezugsverhältnis:

Zweite Bezugsperson

Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

Bezugsverhältnis:

Dritte Bezugsperson

Anrede:

Name:

Vorname:

Strasse/Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

E-Mail:

Bezugsverhältnis:

Gesetzliche Vertretung

Ich habe keine gesetzliche Vertretung

Ich werde gesetzlich vertreten durch:

Finanzielles

- * Ich erledige finanziellen Angelegenheiten selbständig und bin Rechnungsempfänger*in.
- * Meine finanziellen Angelegenheiten werden durch eine Vertrauensperson erledigt, welche auch als Rechnungsempfänger*in agiert. Die Kontaktangaben dieser Person sind nachfolgend unter „Rechnungsempfänger*in“ aufgeführt.

Rechnungsempfänger*in

Anrede:	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>
Strasse/Nr.:	<input type="text"/>
Postleitzahl:	<input type="text"/>
Ort:	<input type="text"/>
1. Telefon Nr.:	<input type="text"/>
2. Telefon Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Bezugsverhältnis:	<input type="text"/>

Art und Grad der Sehbehinderung

Art der Sehbehinderung:

Sehbehinderung; In welchem Grad: leicht stark vollblind, seit:

Kenntnisse mit dem Langstock: keine wenig gut sehr gut

Krankenkasse

* Name der Krankenkasse:
* Strasse/Nr., PLZ, Ort:
* Grundversicherung Police Nr.:
* Versicherungskarten Nr.: (Kopie beilegen)

Name der Unfall-Zusatzversich.:
Strasse/Nr., PLZ/Ort:
Unfall-Zusatzversich. Police Nr.:
Versicherungskarten Nr.:

Hausarzt

* Praxisname:
* Anrede, Titel, Vorname Name:
* Strasse/Nr., PLZ, Ort:
* Telefon Nr.:
* E-Mail:
* Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Hausarzt betreut zu werden? Ja Nein

Augenarzt

Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:
Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Augenarzt betreut zu werden? Ja Nein

Zahnarzt

Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:
Wünschen Sie weiterhin durch Ihren Zahnarzt betreut zu werden? Ja Nein

Weiter(e) Ärztin / Arzt

Fachrichtung:
Praxisname:
Anrede, Titel, Vorname Name:
Strasse/Nr., PLZ, Ort:
Telefon Nr.:
E-Mail:

Weitere Angaben

Werden die Aufenthaltskosten privat übernommen: Nein Ja
 Erhalten Sie AHV: Nein Ja
 Erhalten Sie Ergänzungsleistungen: Nein Ja
 Bei Hilflosenentschädigung; In welchem Grad: 2. Grad 3. Grad
 Erhalten Sie IV Rente: Voll- Teil-Rente
 Haben Sie eine Haftpflichtversicherung: Nein Ja

* Haben Sie eine Patientenverfügung: Ja (Kopie beilegen) Nein (bitte füllen Sie die

FMH Patientenverfügung (Kurzversion) aus, welche diesem Formular am Schluss beiliegt)

Zusatzleistungen

Telefon (Seniorenapparat / Nummer wird gestellt): Nein Ja
 Radio-/TV-Anschluss (Koax-Dose): Nein Ja

Vorlieben / Besonderes / Hobbys

Ernährung und Allergien

Weitere Mitteilungen

Gerne möchten wir Sie darauf hinweisen, dass beim Eintritt in das Wohnheim Mühlehalde, mit der Bewohnerin oder dem Bewohner ein separater Pensionsvertrag abgeschlossen wird.

Datum Ort

die/der Interessent*in

Ggf. gesetzliche Vertretung

Vorname Name

Vorname Name

(dieses Formular kann digital ausgefüllt werden. Unterschriften sind nicht notwendig.)

Bitte Kopien beilegen (per E-Mail oder Briefpost senden):

- Krankenkassenkarte (zwingend notwendig)
- Patientenverfügung (zwingend notwendig)
- Vollmachten (sofern vorhanden)

Patientenverfügung | Kurzversion

Erstellt von

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Wohnort _____

Für den Fall, dass ich urteilsunfähig bin, möchte ich

- dass alle medizinisch indizierten Massnahmen (inklusive Reanimation) zur Behandlung der akuten Erkrankung und zur Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit getroffen werden;
oder
- nicht reanimiert werden und es sollen keine intensivmedizinischen Massnahmen (insbesondere Beatmung) durchgeführt werden;
oder
- nicht reanimiert werden, bin mit einer Behandlung auf einer Intensivstation aber einverstanden.

Wenn sich nach initialer Stabilisierung meines Zustands zeigt, dass eine Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit wenig wahrscheinlich und die Gefahr einer länger dauernden Pflegebedürftigkeit hoch ist, möchte ich, dass

- alle Massnahmen zur Lebenserhaltung weitergeführt werden, solange noch eine Hoffnung auf Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit besteht;
- auf weitere lebenserhaltende Massnahmen verzichtet wird.
- Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit.

Ich habe nachfolgend genannte Vertretungsperson eingesetzt, welche ich ermächtige, meinen Willen gegenüber dem Behandlungsteam geltend zu machen. Diese Person ist über meinen Zustand zu informieren und in die Entscheidungsfindung einzubeziehen; sie kann meine Krankengeschichte einsehen und ich entbinde ihr gegenüber sämtliche Ärzte und Pflegefachpersonen von der Schweigepflicht.

Name, Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Geschäft _____ Mobile _____

E-Mail _____

Kann meine Vertretungsperson nicht kontaktiert werden oder kann sie aus anderen Gründen diese Aufgabe nicht wahrnehmen, so bestimme ich folgende Ersatzperson:

Name, Vorname _____

- Ich habe die Patientenverfügung mit meiner Vertretungsperson besprochen.

Name, Vorname der behandelnden Ärztin, des behandelnden Arztes _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon Privat _____ Geschäft _____ Mobile _____

E-Mail _____

- Ich habe die Patientenverfügung mit der behandelnden Ärztin, dem behandelnden Arzt besprochen.

Organspende

- Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind. Ist dafür die Anwendung von Intensivmassnahmen erforderlich, gestatte ich dies.
- Ich gestatte nur die Entnahme von _____
- Ich möchte nicht Spenderin, Spender sein.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Hinweise: Bewahren Sie Ihre Patientenverfügung so auf, dass sie bei Bedarf gefunden wird. Sie können eine Kopie bei Ihrem behandelnden Arzt hinterlegen. Senden Sie die Patientenverfügung bitte nicht an die FMH oder die SAMW. Die SAMW-Richtlinien zur Patientenverfügung finden Sie unter www.samw.ch/richtlinien und weitere Informationen zum Thema Patientenverfügung unter www.fmh.ch > *Patientenverfügung*.