

Aufnahmegesuch

Personalien

Name: _____ Vorname: _____

Wenn verheiratet auch Frauennamen: _____

Strasse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Seit wann in Dietikon wohnhaft: _____

Heimatort: _____ Staatszugehörigkeit: _____

AHV-Nr: _____ Telefon-Nr: _____

Zivilstand: _____ Beruf: _____

Konfession: _____

Angehörige/Bezugsperson (Bitte zwei Kontaktpersonen bestimmen)

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Privat: _____ Natel: _____

Name: _____ Vorname: _____

Verwandtschafts-/Bekanntschaftsgrad: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon Privat: _____ Natel: _____

Hausarzt

Name: _____ Telefon Praxis: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____ **Mitgliedsnummer:** _____

Privathaftpflicht: Verfügen Sie über eine Privathaftpflicht Versicherung..... ja..... nein

Jetzige Wohnsituation

Im eigenen Haus..... ja..... nein

Mietwohnung..... ja..... nein

Ambulante Betreuung

Spitex/Hauspflege..... ja..... nein

Besuchdienst..... ja..... nein

Mahlzeitendienst..... ja..... nein

von Angehörigen..... ja..... nein

Hilfs- und Pflegebedürftigkeit

Beim Essen..... ja..... nein

Hilfe beim Toilettengang..... ja..... nein

Hilfe beim Gehen..... ja..... nein

Inkontinenz..... ja..... nein

Beim An- und Ausziehen..... ja..... nein

Bei der Körperpflege..... ja..... nein

Beim Duschen/Baden..... ja..... nein

Blasenkatheter..... ja..... nein

Hilfsmittel

Rollstuhl..... ja..... nein

Andere Hilfsmittel: _____

Rollator..... ja..... nein

Mahlzeiten

Benötigen Sie Diät..... ja..... nein

wenn ja, welche: _____

Gewünschte Wohnform

Pensionärabteilung: bei leichter Hilfestellung

Haus Oberdorf (Einbettzimmer)

Haus Ruggacker..... Einbettzimmer..... Appartement

Pflegeabteilung: bei Bedarf an umfassender Pflege

Haus Ruggacker..... Einbettzimmer..... Mehrbettzimmer

Pflegewohnung..... Einbettzimmer..... Zweibettzimmer

Seniorenresidenz Ruggacker 2 (ab 2012): betreutes Wohnen

1-Zimmer Studio..... 2-Zimmer Studio

Bevorzugt:

Gartengeschoss

Erdgeschoss

1. Obergeschoss

2. Obergeschoss

3. Obergeschoss

keine Wünsche

Exposition:

Süd-Ost

Ost

Eintritt ins Ferienbett

Aufenthaltsdauer von _____ bis _____

Eintritt ins Tageszentrum

Aufenthalt pro Woche..... 1 Tag..... 2 Tage..... 3 Tage

Bevorzugte Tage..... Montag..... Dienstag..... Mittwoch..... Donnerstag..... Freitag

Transport wird organisiert..... selbstständig.....

Kostenübernahme..... Selbstzahler..... von der Sozialbehörde (nur mit Kostengutsprache)

Benötigen Sie Hilfe bei der Medikamenteneinnahme beim Mittagessen..... ja..... nein

Wann möchten Sie eintreten?

So bald wie möglich (Priorität 1)..... zu einem späteren Zeitpunkt (Priorität 2)

Bemerkungen:

PLZ/Ort _____

Datum _____ Unterschrift _____