

Angaben zur angemeldeten Person		
Name	Vorname	Geb.-Datum
Strasse	PLZ/Wohnort	Anrede <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr
Telefon privat	Mobile	E-Mail
Bürgerort	Zivilstand	Konfession
AHV-Nr.:	EL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	HL <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spitex <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Spitexorganisation: (Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr.) _____ _____ _____	
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Reanimation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse: (Sektion, Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr.) _____ _____		
Versicherungs-Nr.: _____		
Hausarzt: (Name, Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr., E-Mail) _____ _____ _____		
Angehörige: (Name, Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr., E-Mail) _____ _____		
Beziehungsgrad: _____		
Angehörige: (Name, Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr., E-Mail) _____ _____		
Beziehungsgrad: _____		
Rechnungsempfänger: (Name, Adresse, PLZ, Ort, Tel.Nr., E-Mail) _____ _____		
Beziehungsgrad: _____		
Gewünschte Aufenthaltsform:		
Serata 1:		
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege		
<input type="checkbox"/> Überbrückungs-/Übergangspflege		
<input type="checkbox"/> Tagesgast gewünschte Tage: _____		
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von / bis: _____		
<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer (Zuschlag)		
<input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer		
<input type="checkbox"/> Beschützte Station (nur auf spezielle ärztliche Verordnung)		
Serata Seidenstrasse: <input type="checkbox"/> Akut- und Übergangspflege		
<input type="checkbox"/> Überbrückungspflege		
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von / bis: _____		
Serata Oeggisbüel: <input type="checkbox"/> 1-Zimmer-Appartement		
<input type="checkbox"/> 2-Zimmer-Appartement		
<input type="checkbox"/> Ferienaufenthalt von / bis: _____		

Dringlichkeit: Wie beurteilen Sie die Dringlichkeit der Aufnahme?			
<input type="checkbox"/> nicht dringend	<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> sehr dringend	
Medizinische Diagnosen: (Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen, Gründe für die Pflegebedürftigkeit)			

Allergien:			

Medikation:			

Blutzucker-Kontrolle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Orale Antikoagulation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Diät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche? _____			
Dauerkatheter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/> suprapubisch			
PEG-Sonde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anus praeter: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Gehhilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Art der Gehhilfe: _____			
Rollstuhl: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Anzeichen einer / resp. diagnostizierte Demenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beeinträchtigungsgrad: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer			
Bitte Abklärungsunterlagen beilegen			
Anzeichen einer / resp. diagnostizierte Depression: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Orientierung:			
Persönlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Zeitlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Örtlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Verhaltensauffälligkeiten:			
Alkoholabusus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Medikamentenabusus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Aggressives Verhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Selbstgefährdung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Psychotisches Erleben: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Therapieverordnungen: <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie			
Datum:		Stempel und Unterschrift des Arztes/ der Ärztin:	
_____		_____	

Bitte einsenden an: Serata, Stiftung für das Alter, Bettendisposition, Tischenloostrasse 55, 8800 Thalwil
 Telefon: 044 723 71 39, Fax: 044 723 71 72, E-Mail: info@serata.ch