

Anmeldeformular

Nur für internen Gebrauch.




PROCEDERE →

im SK bekannt - FallNr.:

PATIENTENDATEN

| | | | |
|--|----------------------|--------------|---|
| Nachname * | <input type="text"/> | Vorname * | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum * | <input type="text"/> | Geschlecht * | <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich |
| Strasse / Nr. | <input type="text"/> | PLZ / Ort * | <input type="text"/> |
| Land | <input type="text"/> | Nationalität | <input type="text"/> |
| Religion | <input type="text"/> | Zivilstand | <input type="text"/> |
| Telefon-Nr. * | <input type="text"/> | E-Mail * | <input type="text"/> |
| Patientenverfügung  <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | | | |

ANMELDUNG

| | | | |
|--|----------------------|---|----------------------|
| Datum * | <input type="text"/> | durch * | <input type="text"/> |
| Anmeldung für*  | <input type="text"/> | Rechtsstatus*  | <input type="text"/> |
| Dringlichkeit * | <input type="text"/> | Kostengutsprache*  | <input type="text"/> |
| Versicherungsstatus * | <input type="text"/> | | |

BEHANDLUNGSauftrag

Diagnose *

Indikation / Behandlungsziel

Nur für internen Gebrauch.

AUFNAHME

| | | | |
|-----------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| Station | <input type="text"/> | Datum und Uhrzeit | <input type="text"/> |
| Vorgespräch bei | <input type="text"/> | Eintrittszeit | <input type="text"/> |
| Eintrittsdatum | <input type="text"/> | nach | <input type="text"/> |
| Umleitung von | <input type="text"/> | | |

SEITENANFANG

SOMATISCHE UND PFLEGERISCHE BESONDERHEITEN

Mobilität*

Körperpflege*

Allergien / Unverträglichkeiten

GARANTEN

Grundversicherung / - Vers.Nr.

Zusatzversicherung / - Vers.Nr.

Suchtdiagnose

Ja (Ausschlusskriterium für Zusatzversicherung) Nein

Suizidversuch

Ja (Ausschlusskriterium für Zusatzversicherung) Nein

ZUWEISERANGABEN

Nachname

Vorname

Funktion

Institution

Telefon

E- Mail

VEREINBARUNGEN/ KONTAKTAUFNAHME

Gemäss Telefonat mit Triage / Dienstarzt

Vorgespräch gewünscht

Ja Nein

Stationsbesichtigung gewünscht

Ja Nein

Bemerkungen

Bitte um Kontaktaufnahme mit

Datum

Unterschrift

(falls nicht elektronisch verschickt)

Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte
per E-Mail an: aufnahme-sk@hin.ch

Formular senden

SEITENANFANG

FORMULARANFANG

Nur für internen Gebrauch.

PROCEDERE

Empty content area for the PROCEDERE section.

SEITENANFANG

FORMULARANFANG

Wegleitung

Im Folgenden sind die im Anmeldeformular markierten Punkte (PDF Zeichen) kurz beschrieben und aufgeführt. Bei Bedarf können Sie sich das benötigte Formular herunterladen und ausdrucken. Bei Fragen dazu können Sie sich jederzeit bei der Triage des Sanatorium Kilchbergs telefonisch oder schriftlich melden. Bitte das ausgefüllte Formular an die zuständige Fachstelle schicken.

Die Felder, welche mit einem [*] bezeichnet sind, müssen ausgefüllt sein.

PATIENTENVERFÜGUNG MIT PSYCHIATRISCHEM SCHWERPUNKT

Jeder Patient, jede Patientin hat das Recht auf Selbstbestimmung. Für eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Behandlung ist die Respektierung des Patientenwillens von zentraler Bedeutung. Die am Sanatorium Kilchberg entwickelte Vorlage «Patientenverfügung mit psychiatrischem Schwerpunkt» bietet Personen mit psychischen Erkrankungen die Möglichkeit, eine individuelle Patientenverfügung zu erstellen.


Auf unserer Homepage finden Sie auf der rechten Seite unter «Patientenverfügung» noch mehr über dieses Thema mit dazugehöriger Wegleitung.

 Formular: Patientenverfügung

ANMELDUNG

Dieses Formular beinhaltet eine Zusammenstellung von Empfehlungen für einen stationären Aufenthalt:

- Was soll ich mitbringen? / Was sollte ich besser Zuhause lassen?
- Was sollte ich vorab organisieren? / Was hilft mir, mich wohlfühlen?
- Wie gelange ich in die Klinik?

 Vorbereitung meines stationären Aufenthaltes

RECHTSSTATUS

Die Rechtsgrundlage ist auf der Homepage der «Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) im Kanton Zürich» aufgeführt.


Das Formular für eine «Fürsorgliche Unterbringung (FU)» kann nur durch einen Arzt ausgefüllt werden und muss bei Eintritt des Patienten dem Sanatorium Kilchberg vorliegen.

 Formular: Fürsorgliche Unterbringung durch Ärztin/ Arzt

KOSTENGUTSPRACHE

Eine schriftliche Kostengutsprache vor einem Eintritt ist dann erforderlich, wenn

- der Patient keine Zusatzversicherung für eine schweizweite oder private stationäre Behandlung hat und seine Schriften in einem anderen Kanton als Zürich liegen

 Formular: Gesuch an Kantonsarzt

- der Patient eine Zusatzversicherung für eine schweizweite oder private stationäre Behandlung hat, aber eine Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Cannabis, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, usw.) vorliegt oder aktuell ein Suizidversuch begangen wurde

 Formular: Kostengutsprache für stationären Aufenthalt

 Formular: Kostengutsprache für Tagesklinik