

# Aufnahmeformular

## PATIENT/-IN

---

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht:  weiblich  männlich  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Strasse / Nr.: ..... PLZ / Ort: .....  
Schriften: ..... Nationalität: .....

## KONTAKTPERSONEN / VERTRAUENSPERSONEN

---

	1. Adresse	2. Adresse
Name:	.....	.....
Strasse / Nr.:	.....	.....
PLZ / Ort:	.....	.....
Telefon:	.....	.....
Verwandtschaftsgrad:	.....	.....
Gesetzlicher Vertreter:	.....	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

## GARANTEN

---

Versicherungs-Klasse:  allgemein  ganze Schweiz  halbprivat  privat

1. Garant (Grundversicherung): ..... Vers. Nr.: .....

2. Garant (Zusatzversicherung): ..... Vers. Nr.: .....

ZUWEISER

---

Name: ..... Vorname: .....  
Funktion: ..... Institution: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Strasse / Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

**Hausarzt / Psychiater / Therapeut** (falls nicht identisch mit Zuweiser)

Name: ..... Vorname: .....  
Telefon: ..... E-Mail: .....  
Strasse / Nr.: ..... PLZ / Ort: .....

FRÜHERE HOSPITALISATIONEN

---

Sanatorium Kilchberg:            letzter Aufenthalt: .....  
Andere psychiatrische Kliniken:    Wann: .....    Wo: .....

Wir sind Ihnen dankbar für Vorbefunde / Berichte.

DRINGLICHKEIT

---

**Notfall:**            Anmeldung immer auch telefonisch über das Triagetelefon: +41 44 716 42 75

Freiwillig     FU ärztlich     FU behördlich

**Elektiv:**            Gewünschtes Eintrittsdatum: .....

Vorgespräch/ Klinikbesichtigung gewünscht:     ja     nein

**ZUWEISUNG**

---

**Zuweisungsgrund / aktuelle Situation:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Somatische und pflegerische Besonderheiten:**

Mobilität: ..... Ausscheidung: ..... Körperpflege: .....

.....  
.....  
.....  
.....

**Behandlungsauftrag / -ziel:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Diagnosen (ICD-10):**

.....  
.....  
.....  
.....

**Aktuelle Medikation und Dosierung:**

Medikament	Dosierung	Tageszeit
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**PROZEDERE**

---

Gemäss Telefonat mit Triage / Dienstarzt: .....

Bitte um Kontaktaufnahme mit: .....

Datum: ..... Unterschrift: .....

**Senden Sie das ausgefüllte Formular bitte per Post an:**

Sanatorium Kilchberg AG  
Zentrale Aufnahme  
Alte Landstrasse 70  
CH-8802 Kilchberg

**per E-Mail an: [za@hin.ch](mailto:za@hin.ch)**

**per Fax an: +41 44 716 43 43**