

# Anmeldeformular

Anmeldung für  stationäre Behandlung  ambulante Behandlung

Datum der Anmeldung

## SCHWERPUNKTBEREICH DER BEHANDLUNG

Depression  Burnout, Erschöpfungsdepression  Burnout, Exhaustion Depression (*in English*)

stressbedingte Schmerzen  Insomnie  Zwangserkrankungen

Entzugsbehandlung  Demenz / Delir  Psychose-Spektrum

anderer Bereich

## PERSONALIEN

Nachname\*  Vorname\*

Geburtsdatum\*  Geschlecht\*  weiblich  männlich

Strasse / Nr.  PLZ / Ort\*

Nationalität  Sprache

Religion  Zivilstand

Kinder / Alter / Anzahl

Telefon-Nr.\*  E-Mail\*

Schriften in

(Adresse, falls nicht mit dem Wohnsitz identisch)

## KONTAKTPERSONEN

---

### Zuweiser/in

Name  Adresse   
 Telefon  E-Mail

### Hausarztpraxis (sofern nicht Zuweiser/in)

Name  Adresse   
 Telefon  E-Mail

### Psychiater/in / Psychologe/in (sofern nicht Zuweiser/in)

Name  Adresse   
 Telefon  E-Mail

### Private Kontaktpersonen (Partner/in, Angehörige und Andere, sofern bekannt)

Name  Beziehungsgrad   
 Telefon  E-Mail

Beistand  ja  nein

Name  Adresse   
 Telefon  E-Mail

## GARANTEN

---

allgemein  halbprivat  privat  Selbstzahler/in  Schweizweite Versicherung

### Grundversicherung

Name  Vers.-Nr.

### Zusatzversicherung (sofern vorhanden)

Name  Vers.-Nr.

## ART UND DRINGLICHKEIT DES EINTRITTS

---

Freiwillig  FU Ärztlich  FU KESB  Haft

Elektiv Gewünschtes Eintrittsdatum

Notfall **Hinweis:** Eine Notfall-Anmeldung muss immer auch telefonisch über die Triage **044 716 42 75** erfolgen.

### Bei freiwilligem, elektivem Eintritt:

Sofern sich der Gesundheitszustand Ihres/Ihrer Patienten/in so verändert, dass ein notfallmässiger Eintritt erforderlich ist, bitten wir Sie, telefonisch mit uns Kontakt aufzunehmen.

## BEI EINTRITT PER FÜRSORGERISCHER UNTERBRINGUNG (FU)

---

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 eine medizinische Fachperson ausgefüllt werden und muss bei Eintritt der/des Patienten/in dem Sanatorium Kilchberg im Original vorliegen.

# Formular: Fürsorgliche Unterbringung

 Formular: Fürsorgliche Unterbringung durch Ärztin/Arzt

## MEDIZINISCHE ANGABEN *(auch separates Schreiben möglich)*

---

**Psychiatrische Diagnosen (codiert nach ICD)** – zwingend bei zusatzversicherten oder ausserkantonalen Patientinnen und Patienten

## Somatische Diagnosen / Befunde (BE, UST, CT...)

## Zuweisungsgrund / aktuelle Situation / Symptome / soziale Situation / Tagesstruktur

**Bisherige Behandlung**

**Medikamente / Dosierung**

Medikament <i>z.B. Panadol</i>	Dosierung <i>z.B. Tbl. à 500mg</i>	morgens <i>z.B. 1</i>	mittags <i>z.B. 0.5</i>	abends <i>z.B. 2</i>	nachts <i>z.B. 0</i>

**Behandlungsziele / -auftrag**

**Selbstgefährdung**  ja  nein

**Suizidversuche in der Vorgeschichte**  ja  nein

**Fremdgefährdung**  ja  nein

Ergänzende Angaben / Methode / Bemerkung

**Patientenverfügung vorhanden:**  ja  nein  unbekannt

**Substanzen:**

Alkohol  nein  schädlicher Gebrauch  Abhängigkeit

Benzodiazepin  nein  schädlicher Gebrauch  Abhängigkeit

Andere Substanzen   nein  schädlicher Gebrauch  Abhängigkeit

**PFLEGERISCHE BESONDERHEITEN**

Mobilität  uneingeschränkt  Gehstöcke  Rollstuhl  bettlägerig

Körperpflege  selbstständig  unter Anleitung  Übernahme erforderlich

Allergien

Unverträglichkeiten

**Vorgespräch gewünscht:**  ja  nein

**Bemerkungen:**

Senden Sie das ausgefüllte Formular für **stationäre Anmeldungen** bitte an:

per E-Mail: [aufnahme@sanatorium-kilchberg.ch](mailto:aufnahme@sanatorium-kilchberg.ch)

per Post: **Sanatorium Kilchberg AG**  
Triage, Alte Landstrasse 70, 8802 Kilchberg

Telefon: +41 44 716 42 75