



## HM3140 Anmeldeformular

**Personalien**

|                        |                        |
|------------------------|------------------------|
| Name .....             | Geburtsdatum .....     |
| Vorname .....          | AHV-Nummer .....       |
| Strasse .....          | Eintrittsdatum .....   |
| Wohnort .....          | Telefon-Nr. ....       |
| Gesetzl. Wohnsitz..... | Zugewiesen durch ..... |
| Bürgerort .....        |                        |

**Beistand**

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Name .....       | Vorname ..... |
| Strasse .....    | Wohnort ..... |
| Telefon-Nr. .... | E-Mail .....  |

**Eltern / Angehörige**

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Name .....       | Vorname ..... |
| Strasse .....    | Wohnort ..... |
| Telefon-Nr. .... | E-Mail .....  |

**Versicherungen**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Krankenkasse ..... | Sektion ..... |
| Mitglied Nr. ....  | Ort .....     |
| Übrige .....       |               |

**Grösse** ..... cm**Gewicht** ..... kg**Hilflosenentschädigung** keine leichten Grades mittleren Grades schweren Grades**Bisherige hausärztliche Betreuung** (Name und Praxis)

|               |                  |
|---------------|------------------|
| Name .....    | Telefon-Nr. .... |
| Strasse ..... | Ort .....        |

**Bisherige spezialärztliche Betreuung** (Name und Praxis/Klinik)

|               |                  |
|---------------|------------------|
| Name .....    | Telefon-Nr. .... |
| Strasse ..... | Ort .....        |

**Beeinträchtigung / Ärztliche Diagnose** Epilepsie

**Medikamente**

| Morgen | Mittag | Abend | Nacht |
|--------|--------|-------|-------|
|        |        |       |       |

**Hilfsmittelbedarf** (Zutreffendes ankreuzen)

- |   |                                     |                                    |
|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl elektrisch     | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Badelift  |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl mechanisch     | <input type="checkbox"/> Rollator   | <input type="checkbox"/> Gehstöcke |
| <input type="checkbox"/> Orthesen / Spezialschuhe | <input type="checkbox"/> Brille     | <input type="checkbox"/> Hörgerät  |
| <input type="checkbox"/> Stützkorsett             | <input type="checkbox"/> .....      |                                    |

**Diät**             ja             nein            **Ärztlich verordnet**    ja             nein

Beschrieb .....

**Allergien**         ja             nein

Welche .....

**Wünsche und Anregungen zur Gesundheit und Wohlbefinden****Braucht Unterstützung** (Zutreffendes ankreuzen)    vollständige    teilweise    keine

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen, sich fortbewegen                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hinsetzen, aufstehen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ins Bett gehen, aus dem Bett steigen                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen, Trinken                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettengang                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen/duschen/baden                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zähneputzen, rasieren                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An- und auskleiden                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufenthalt in der Wohngruppe (braucht zB Kontrolle) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufenthalt/Orientierung im Haus                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ausserhalb des Hauses                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhalten in der Gruppe, Sozialverhalten            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Begleitbedarf nachts                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Freiheitseinschränkende Massnahmen (FEM)**

Beschreiben Sie, in welchen Situationen FEM bisher notwendig waren, Dauer und Wirkung



| <b>Kommunikation / Strukturhilfen</b>           | ja  | teilweise                                | nein                     |
|---|---|--|--------------------------|
| Kann einfache Bedürfnisse ausdrücken            | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Versteht einfache Sprache                       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Versteht einfache <u>deutsche</u> Sprache       | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Braucht/versteht Tagesablauf mit Bildern        | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| Kann Aktivität wählen (mit Wort oder Bild)      | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
| <b>Kommunikationshilfsmittel</b>                |   |  |                          |
| <input type="checkbox"/> Sprachcomputer         | <input type="checkbox"/> Gebärden, Gesten | <input type="checkbox"/> Symbole, Bilder |                          |
| <input type="checkbox"/> Visuelle Tagesstruktur | <input type="checkbox"/> .....            |  |                          |

| <b>Aggressivität, Gewalt</b>                    | ja                       | nein                     |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Kann mit verbaler Gewalt auf andere reagieren   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann mit physischer Gewalt auf andere reagieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kann sich selber verletzen                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| <b>Schule und Förderung</b>   | ja                       | nein                     | Jahre |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Früherfassung                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Kindergarten                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Heilpädagogische Sonderschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| Integrative Sonderschulung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| <b>Therapien</b>              |                          |                          |       |

| <b>Letzter Aufenthalt in einer Institution</b> |                        |
|--|------------------------|
| Institution .....                              | Aufenthaltsdauer ..... |
| Ansprechperson .....                           | E-Mail .....           |
| <b>Frühere Aufenthalte in Institutionen</b>    |                        |
| Ort .....                                      | <b>Dauer</b> .....     |
| Ort .....                                      | .....                  |
| Ort .....                                      | .....                  |

| <b>Beschäftigung, Leidenschaft, Vorlieben</b> |       |
|---|-------|
| Bisherige Tagesstruktur                       |       |
| Lieblingsarbeiten                             | ..... |
| Lieblingsbeschäftigung                        | ..... |
| Sport/Bewegung                                | ..... |
| Musik   | ..... |
| Gesprächsstoff                                | ..... |
| Sonstige Vorlieben                            |       |



| <b>Art und Zeit der Platzierung</b>  | <b>Datum</b> |
|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Dauerwohn- und Beschäftigungsplatz per                  | .....        |
| <input type="checkbox"/> Wochenaufenthaltsplatz (ohne Wochenende / Ferien) per   | .....        |
| <input type="checkbox"/> Tagesaufenthaltsplatz (werktags, ohne Übernachtung) per | .....        |
| <input type="checkbox"/> Entlastung während Ferien / Wochenenden, Daten:         | .....        |

**Was wünschen Sie der angemeldeten Person bei uns:**

Es dient dem gegenseitigen Verständnis, wenn Sie persönlich und ausführlich schildern, was Sie Ihrer Tochter / Ihrem Sohn resp. der angemeldeten Person mit dem Aufenthalt bei uns wünschen.

**Erwartungen an die Institution**

- bezüglich Pflege
  
- bezüglich Beschäftigung
  
- bezüglich Begleitung
  
- weitere



HM3140 Anmeldeformular

Der Beistand / die Eltern bestätigen mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben von

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

und geben ihr Einverständnis, dass die Vorgängerinstitution zu den besonderen Bedürfnissen Auskunft erteilen kann.

Ort und Datum .....

Unterschrift .....