



HM3140 Anmeldeformular

Personalien

Name Geburtsdatum

Vornamen AHV-Nummer

Strasse Eintrittsdatum

Wohnort Telefon-Nr.

Gesetzl. Wohnsitz..... Zugewiesen durch

Bürgerort

Gesetzliche Vertreter

Name Vorname

Strasse Wohnort

Telefon-Nr. E-Mail

Eltern / Angehörige

Name Vornamen

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

.....

.....

.....

.....



Kommunikation / Strukturhilfen	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"/>
Kommunikationshilfsmittel:			
<input type="checkbox"/> Sprachcomputer	<input type="checkbox"/> Gebärden, Gesten	<input type="checkbox"/> Symbole, Bilder	
<input type="checkbox"/> Visuelle Tagesstruktur	<input type="checkbox"/>		

Agressivität, Gewalt:	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"/>

Schule und Förderung	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"/>
Therapien:			
.....			

Letzter Aufenthalt in einer Institution:	
Institution:	Aufenthaltsdauer:
Ansprechperson:	E-Mail:
Frühere Aufenthalte in Institutionen	
Ort	Dauer
Ort
Ort

Beschäftigung, Leidenschaft, Vorlieben	
Bisherige Tagesstruktur
.....
Lieblingsarbeiten
Lieblingsbeschäftigung
Sport/Bewegung
Musik
Gesprächsstoff
Sonstige Vorlieben
.....

