



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**

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> leichten Grades
<input type="checkbox"/> mittleren Grades	<input type="checkbox"/> 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
Ort

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



Art und Zeit der Platzierung	Datum
<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