

Anmeldeformular Betreutes Wohnen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wohnhaus Lueg is Land | <input type="checkbox"/> Wohnhaus Fellenberg |
| <input type="checkbox"/> Wohnhaus Sempacherhof | <input type="checkbox"/> Wohngruppe Linde |
| <input type="checkbox"/> Wohnhaus Heinrich | <input type="checkbox"/> Wohngruppe Mattenhof D und H |

Personalien

Name:	
Vorname:	
Wohnadresse: Strasse PLZ / Ort	
Aktueller Aufenthaltsort:	
Telefon / Natel:	
Mailadresse:	
Geburtsdatum:	
Heimatort:	
Zivilstand:	
Konfession:	
Gesetzlicher Wohnsitz / Schriften deponiert:	
Beruf:	
AHV-Nummer:	
Arbeitgeber: Name Adresse Telefon	

Finanzen/Versicherungen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> IV-Rente | <input type="checkbox"/> keine IV-Rente | <input type="checkbox"/> IV-Rente beantragt am: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergänzungsleistungen | <input type="checkbox"/> Hilflosenentschädigung | <input type="checkbox"/> Taggeld Berufliche Massnahme |

Im Auftrag der kantonalen Verwaltung sind wir verpflichtet, Ihre Angaben zu prüfen. Wir bitten Sie, uns vor dem definitiven Vertragsabschluss eine Kopie der entsprechenden IV-Verfügung zukommen zu lassen.

Unfallversicherung:	
Krankenkasse:	
Privathaftpflichtversicherung:	

Übernahme Aufenthaltskosten

Name Adresse Telefon Mailadresse	
---	--

Name, Adresse, Telefon involvierter Personen und Dienste

Angehörige: Name Adresse Telefon	
---	--

Ambulante psych. Betreuung: Name Adresse Telefon	
In Behandlung seit:	
Hausärztin / Hausarzt: Name Adresse Telefon	
Sozialdienst / Beistandschaft:	
Name Adresse Telefon	
Bei Klinikaufenthalt: (Name u. Telefon der Klinik)	
Behan. Klinik Ärztin / Arzt:	
Sozialdienst der Klinik:	

Angaben zu Medikamenten, Klinikerfahrung und Gesundheit

Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie diese selbständig?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie schon in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Waren Sie mehrere Male per FU in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Suchtproblematik? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie körperliche Krankheiten / Einschränkungen? Unterstützungsbedarf?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Auftrag

Was ist Ihr Auftrag an uns (Ziel)? Weshalb interessieren Sie sich für einen Wohnplatz bei uns?

Zur weiteren Bearbeitung Ihrer Anmeldung benötigen wir Ihre vollständigen Angaben.Datum: Unterschrift:

Zur Auswahl der Post / Mail Adresse Dropdownliste öffnen: