

Anmeldeformular

Personalien

Name	.....	Geburtsdatum	.....
Vornamen	.....	AHV/IV-Nummer	.....
Strasse	.....	Eintrittsdatum	.....
Wohnort	.....	Austrittsdatum	.....
Telefon-Nr	.....	Zugewiesen	.....
Bürgerort	.....	durch	.....

Eltern / Gesetzliche Vertreter

Name	.....	Vornamen	.....
Strasse	.....	Telefon-Nr.	.....
Wohnort	.....	

Versicherungen

Krankenkasse	.....	Sektion	.....
		Mitglied Nr.	.....
Haftpflicht	.....	Ort	.....
Übrige	.....	

Hilflosenentschädigung

- leichten Grades
- mittleren Grades
- schweren Grades

Bisherige ärztliche Betreuung (zuständiger Arzt, Praxis)

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

Behinderung / Ärztliche Diagnose

.....
.....
.....

Allergien

- ja nein

Welche

Medikamente			
Morgen	Mittag	Abend	Nacht
.....
.....
.....

Diät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche	.....
	

Pflege	
Täglicher Zeit- aufwand heute	.....

Auswirkungen der Behinderung		<input type="checkbox"/> Zutreffendes ankreuzen		
		ja	teilweise	nein
Sinne	-Sehfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Sprachentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Sprachfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Gehörfehler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm	-Gestörte Blasen-/Darmfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Zu Durchfall neigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Zu Verstopfung neigend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfindlichkeit	-erkältet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-schwitzt stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständigkeit	-selber essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-sich baden oder duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Knöpfe schliessen / öffnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-sich rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-Bedürfnisse erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	-ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-mit Stöcken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	-über Treppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegebett nötig		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hilfsmittel	ja	nein
Gehstöcke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prothesen, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stützapparate, welche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Angaben zur Gesundheit, Wünsche, Vorschläge, Anregungen

.....

.....

.....

Lebenslauf	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"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche			
.....			
.....			
.....			

Heimaufenthalt	ja	nein	Jahre
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körpermasse

Grösse Gewicht (mit Bleistift, bei Änderung nachtragen)

Beschäftigungen

Lieblingsbeschäftigung

Sport

Musik

Hobbies

Gesprächsstoff

Art und Zeit der Platzierung

Dauerwohn- und Beschäftigungsplatz per

Wochenaufenthaltsplatz (ohne Wochenende / Ferien) per

Tagesaufenthaltsplatz (werktags, ohne Übernachtung) per

Entlastung während Ferien / Wochenenden, Daten:

Sinn des Heimaufenthaltes

Es dient dem gegenseitigen Verständnis, wenn Sie möglichst persönlich und ausführlich schildern, wie Sie sich den Heimaufenthalt vorstellen und was für einen Sinn Sie darin sehen, respektive was Sie Ihrem Kind mit dem Heimaufenthalt wünschen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Erwartungen an das Heim

- bezüglich Pflege
-
- bezüglich Beschäftigung.....
-
- bezüglich Förderung
-
- weitere
-

Die Eltern / gesetzlichen Vertreter bestätigen mit ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und geben ihr Einverständnis, dass die Vorgängerinstitution zu den besonderen Bedürfnissen Auskunft erteilen kann.

Ort und Datum

Unterschrift