



Anmeldeformular begleitete Menschen

Internat

Externat

Name: _____ Krankenkasse: _____
Vorname: _____ Sektion: _____
Adresse: _____ Versicherungsnummer: _____
PLZ + Wohnort: _____ IV-Nummer: _____
Geburtsdatum: _____ IV-Verfügung: _____
zivilrechtlicher Wohnort: _____ Grad der Hilflosigkeit: _____
PLZ + Heimatort/Land: _____ Hilflosenentschädigung: _____
Muttersprache: _____ Primärbehinderung: _____
Konfession: _____ Ausgleichskasse: _____

Eltern/gesetzliche Vertretung:

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ + Wohnort: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Natel: _____ Fax: _____
e-Mail: _____

Weitere soziale Beziehungen/Kontaktpersonen (Ferien-/Wochenendaufenthalte, Stellvertretungen bei Abwesenheit der Eltern, gesetzlichen Vertretung):

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ + Wohnort: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Natel: _____

Nähere Bezeichnung: _____

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ + Wohnort: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Geschäft: _____
Natel: _____

Nähere Bezeichnung: _____

Grad und Art der Behinderung

Diagnose:

Mobilität

- selbständig
- brauche Hilfe für
 - Gehen
 - Absitzen
 - Transfer
 - Rollstuhl
 - Stöcke
 - Stehbrett
 - Gehböckli
 - Treppensteigen
 - Aufstehen
 - Rollator
 - Beinschienen
 - Keil
 - Handschienen
- Hilfsmittel

Besonderes:

Ernährung

- selbständig
- benötige Hilfe
 - beim Essen
 - beim Trinken
 - normale Kost
 - Diät
- Kostform

Besonderes:

Körperpflege

- selbständig
- brauche Hilfe für
 - wird von Drittpersonen ausgeführt
 - Beine
 - Rücken
 - Intimpflege
 - Mundpflege
 - Rasieren
 - Haarwäsche
 - Kämmen
 - waschen am Lavabo
 - Bad
 - Dusche
 - Ohrenpflege
 - Nagelpflege

Besonderes:

Kleidung

- selbständig
- brauche Hilfe für
 - wird von Drittpersonen ausgeführt
 - Ausziehen
 - obere/untere Extremitäten
 - Anziehen
 - obere/untere Extremitäten
 - Kleiderwahl

Besonderes:

Ruhe/Schlaf

- selbständig
- benötige Hilfe
 - Transfer ins Bett
 - Umlagerungen während der Nacht
 - Gurten
 - Schutzgitter
 - Ritual zum Einschlafen
 - benötige spezielle Objekte zum Einschlafen

Besonderes:

Kommunikation

Sprache

- Muttersprache _____ Zweitsprache _____
- kann mich verbal verständigen kann mich non-verbal verständigen
- Hilfsmittel Sprechgerät Gebärdensprache
- Lautsprache Piktogramme
- Symbole

Beschreibung individueller Zeichen/Laute:

Besonderes:

Sprachverständnis:

- ich verstehe alles, was mir gesagt wird
- ich verstehe teilweise, was mir gesagt wird
- ich verstehe nicht, was mir gesagt wird

Besonderes:

Gehör

- ich höre gut
- habe Hörschwierigkeiten rechts links
- Hörgerät rechts links
- Taubheit rechts links

Besonderes:

Sehfähigkeit

- habe ein gutes Sehvermögen
 habe eine Sehschwäche
 Hilfsmittel
- | | |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> rechts | <input type="radio"/> links |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Kontaktlinsen |
| <input type="radio"/> Glasauge | <input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links |

Besonderes:

Orientierung

- | | | | |
|----------|-----------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------|
| Räumlich | <input type="radio"/> gute Orientierung | <input type="radio"/> keine Orientierung | <input type="radio"/> Teilorientierung |
| Zeitlich | <input type="radio"/> gute Orientierung | <input type="radio"/> keine Orientierung | <input type="radio"/> Teilorientierung |

Besonderes:

Ausscheidung

- | | | Tag | Nacht |
|-------|----------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Urin: | <input type="radio"/> selbständig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> brauche Hilfe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> Windeln | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> Einlagen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> Blase auspressen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | <input type="radio"/> Katheter | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Besonderes:

- | | |
|------------|-----------------------------------------|
| Stuhlgang: | <input type="radio"/> selbständig |
| | <input type="radio"/> brauche Hilfe |
| | <input type="radio"/> manuell ausräumen |

Besonderes:

Medizinischer Bereich

Medikament	Abgabeform	morgens	mittags	abends	nachts
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Epilepsie

Anfälle Ja Nein Häufigkeit _____

Beschreibung der Anfälle:

Allergien:

Anfälligkeit auf bestimmte Krankheiten:

Menstruation regelmässig unregelmässig Menopause

Besonderes (Operationen, gesundheitliche Probleme, etc.):

Hausarzt

Name _____ Name _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Fachärzte

Name _____ Name _____

Fachgebiet _____ Fachgebiet _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Name _____ Name _____

Fachgebiet _____ Fachgebiet _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Besonderes:

Therapien

Name _____ Name _____

Fachgebiet _____ Fachgebiet _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Name _____ Name _____

Fachgebiet _____ Fachgebiet _____

Adresse _____ Adresse _____

Telefon _____ Telefon _____

Telefon _____ Telefon _____

Besonderes:

Verhalten

- ausgeglichenes Verhalten Fremdaggressionen Autoaggressionen
- Angstzustände _____
- auffälliges Sexualverhalten _____
- Stereotypen _____
- welche Beruhigungs- und Interventionsmöglichkeiten bestehen (Medikamente, Objekte, Massnahmen, etc.)

Besonderes (Eigenheiten/Rituale/Vorlieben):

Freizeit- und Lieblingsbeschäftigungen (Spiele, Freizeit, Rituale, etc.)

Haushalt/Arbeit

- führe selbständig kleine Arbeiten aus benötige Hilfe bei allen Verrichtungen

Besonderes:

Einkaufen

- selbständig benötige Hilfe

Besonderes:

Kochen

- selbständig
 benötige Hilfe _____
 Hilfsmittel _____

Besonderes:

Telefon

- selbständig benötige Hilfe

Besonderes:

Geldhaushalt

- selbständig selbständig für kleine Ausgaben
 benötige Unterstützung _____

Besonderes:

Meine Kurzbiographie (evtl. Beilage):
