

Personalien	
Name	
Vorname	
Aktuelle Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Beruf	
Konfession	
Nationalität	
AHV-Nummer	
Bürgerort	
Gesetzl. Wohnort	
Adresse	
Rechnungsadresse / Kostenträger	
Name	
Adresse	
PLZ	
Ort	
E-Mail	
Kontaktperson Justiz / Bewährungshilfe	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	

Beistandschaft		
Haben Sie einen Beistand? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Art der Beistandschaft:		
<input type="radio"/> Begleitbeistandschaft		
<input type="radio"/> Vertretungsbeistandschaft		
<input type="radio"/> Mitwirkungsbeistandschaft		
<input type="radio"/> umfassende Beistandschaft		
Sind die Eltern oder Angehörige Beistand? Nein		
<input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/>		
Name		
Vorname		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail		
Rentenleistung		
IV-Anmeldung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
IV-Rente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
IV-Massnahme.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
AHV-Rente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hilflosenent.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ergänzungsleistung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Versicherungen		
Unfall		
Vers.-Nr.		
Krankenkasse		
Vers.-Nr.		

E-Mail		Haftpflcht	
		Vers.-Nr.	
Ansprechperson in der jetzigen Institution		Hausarzt	
Name		Name	
Funktion		Strasse	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon	
Institutionsname		E-Mail	
Ort der Institution			
Wohnsituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)		Arbeitssituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)	
<input type="radio"/> Selbständig		<input type="radio"/> 1. Arbeitsmarkt	
<input type="radio"/> Aufenthalt bei Eltern / Angehörigen		<input type="radio"/> 2. Arbeitsmarkt	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Wohneinrichtung in ZH		<input type="radio"/> Ausbildung	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Wohneinrichtung ausserkantonale		<input type="radio"/> IV- Massnahme	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Klinik / Spital / Reha		<input type="radio"/> Anderes	
<input type="radio"/> Anderes			
Psychiater		Referenzperson	
Name		Name	
Strasse		Telefon	
PLZ, Ort		PLZ Ort	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	

Beilagen zur Anmeldung (Bitte ankreuzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Entbindung Schweigepflicht | <input type="radio"/> Kopie ID |
| <input type="radio"/> Bestätigung der Kostengutsprache | <input type="radio"/> Betreuerischer Überweisungsrapport |
| <input type="radio"/> Kopie der Krankenkassenkarte | <input type="radio"/> Ärztlicher Überweisungsrapport |

Ort / Datum:

Unterschrift: