



## Anmeldung Wohnen

Für: **Landhaus Sonne**

**AWG**

Gewünschter Eintrittstermin

Personalien		Beistandschaft		
Name		Haben Sie einen Beistand? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Vorname		Art der Beistandschaft:		
Aktuelle Adresse		<input type="radio"/> Begleitbeistandschaft		
PLZ, Ort		<input type="radio"/> Vertretungsbeistandschaft		
Telefon		<input type="radio"/> Mitwirkungsbeistandschaft		
Handy		<input type="radio"/> umfassende Beistandschaft		
E-Mail		Sind Ihre Eltern Beistand? Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Geburtsdatum		<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater	
Zivilstand				
Beruf		Name		
Konfession		Vorname		
Nationalität		Adresse		
AHV-Nummer		PLZ, Ort		
Bürgerort		Telefon		
Gesetzl. Wohnort		E-Mail		
Adresse				
Rechnungsadresse		Rentenleistung		
Name		IV-	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Adresse		IV-Rente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
PLZ		IV-	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ort		AHV-Rente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
E-Mail		Hilflosenent.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
		Ergänzungsl.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Angehörige		Versicherungen	
Welche?		Unfall	
Name		Vers.-Nr.	
Adresse		Krankenkass	
PLZ, Ort		Vers.-Nr.	
Telefon		Haftpflicht	
E-Mail		Vers.-Nr.	
Ansprechperson in der jetzigen Institution		Hausarzt	
Name		Name	
Funktion		Strasse	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon	
Institutionsname		Fax	
Ort der Institution		E-Mail	
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"/> Arbeitslos	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Wohneinrichtung im Kt.ZH		<input type="radio"/> Ausbildung	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Wohneinrichtung ausser Kt.		<input type="radio"/> Geschützte Werkstatt	
<input type="radio"/> Aufenthalt in Klinik / Spital / Reha		<input type="radio"/> Gesch. Werkst. Ausserk.	
<input type="radio"/> IV-Eingliederungsmassnahmen		<input type="radio"/> IV- Eingliederungsmass.	
<input type="radio"/> Anderes nämlich: _____		<input type="radio"/> Anderes:	
Psychiater		Bemerkungen:	
Name			
Strasse			
PLZ, Ort			
Telefon			
Fax			

**Gesundheitliche Angaben:**

Wie geht es Ihnen körperlich?		
Wie mobil sind Sie?	mobil	mit Gehhilfe Rollstuhl
Wie geht es Ihnen psychisch?		
Unterstützungsbedarf im Alltag?		
Wieso möchten Sie bei uns wohnen?		
Was ist Ihr Ziel bei uns?		
Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?		
Waren Sie schon psychiatrisch hospitalisiert?	Ja	Nein
Waren Sie schon per FU hospitalisiert?	Ja	Nein
Haben Sie Suchtprobleme?	Ja	Nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	Ja	Nein

**Beilagen zur Anmeldung (Bitte ankreuzen):**

- Entbindung Schweigepflicht
- Betreuerischer Überweisungsrapport
- Ärztlicher Überweisungsrapport
- IV-Bestätigung für Kostengutsprache
- EL-Bestätigung für Kostengutsprache
- Kopie Krankenkarte
- Kopie ID

**Ort / Datum:**.....

**Unterschrift:**.....