



## Anmeldung Wohnen

Für: **Landhaus Sonne**

**AWG**

Geplanter 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 / Kostenträger		Rentenleistung		
Name		IV-Anmeld.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Adresse		IV-Rente	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
PLZ		IV-Massnah.	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"/>
		Ergänzungs.	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

<b>Angehörige</b>		<b>Versicherungen</b>	
Welche?		Unfall	
Name		Vers.-Nr.	
Adresse		Krankenkasse	
PLZ, Ort		Vers.-Nr.	
Telefon		Haftpflicht	
E-Mail		Vers.-Nr.	
<b>Ansprechperson in der jetzigen Institution</b>		<b>Hausarzt</b>	
Name		Name	
Funktion		Strasse	
Telefon		PLZ, Ort	
E-Mail		Telefon	
Institutionsname		E-Mail	
Ort der Institution			
<b>Wohnsituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)</b>		<b>Arbeitssituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)</b>	
<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 Ausserkt.		<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: _____		<input type="radio"/> Anderes:	
<b>Psychiater</b>		<b>Referenzperson</b>	
Name		Name	
Strasse		Telefon	
PLZ, Ort		PLZ Ort	
Telefon		Telefon	
E-Mail		E-Mail	

**Gesundheitliche Angaben:**

Wie geht es Ihnen körperlich? Körperliche Diagnosen?
Fühlen Sie sich psychisch krank? Psychiatrische Diagnosen?
Nehmen Sie Medikamente? Welche?
Haben Sie Suchtprobleme? Welche?
Wie mobil sind Sie?
Unterstützungsbedarf im Alltag?
Was ist Ihr Ziel bei uns?
Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an uns?
Wie sieht Ihre Tagesstruktur aus?
Freizeitgestaltung / Hobbys?
Wie finanzieren Sie Ihren Lebensunterhalt?

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

- Entbindung Schweigepflicht
- Kopie ID
- Bestätigung der Kostengutsprache
- Betreuerischer Überweisungsrapport
- Kopie der Krankenkassenkarte
- Ärztlicher Überweisungsrapport

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

**Unterschrift:**.....