

# ANMELDUNG WOHNEN

Assessment Intake- und Einführungsmodul

**LANDHAUS SONNE**  
WOHNEN MIT VERANTWORTUNG

Gültig ab August 2017

Für:  Landhaus Sonne  Riegelhaus  AWG

Gewünschter Eintrittstermin:

## Hotellerie

Name	
Vorname	
Aktuelle Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Handy	
E-Mail	
Geburtsdatum	
Zivilstand	
Beruf	
Konfession	
Nationalität	
AHV-Nummer	
Bürgerort	
Gesetz. Wohnort	
Adresse	

## Rechnungsadresse

Name	
Adresse	
PLZ	
Ort	
E-Mail	

## Beistandschaft

Haben Sie einen Beistand?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Art der Beistandschaft	<input type="radio"/> Begleitbeistandschaft	
	<input type="radio"/> Vertretungsbeistandschaft	
	<input type="radio"/> Mitwirkungsbeistandschaft	
	<input type="radio"/> umfassende Beistandschaft	
Sind Ihre Eltern Beistand?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Welches Elternteil?	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> Vater
Name		
Vorname		
Adresse		
PLZ, Ort		
Telefon		
Handy		
E-Mail		

## Rentenleistung

Pendente IV-Anmeld.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
IV-Rente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
IV-Massnahme	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
AHV-Rente	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Hilflosenentschädig.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Ergänzungsleistung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

### Angehörige

Welche?	
Name	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	
E-Mail	

### Versicherungen

Unfall	
Vers.-Nr.	
Krankenkasse	
Vers. Nr.	
Haftpflicht-Vers.	
Vers.-Nr.	

### Ansprechperson in der jetzigen Institution

Name	
Funktion	
Telefon	
E-Mail	
Insitutionsname	
Ort der Institution	

### Hausarzt

Name	
Strasse	
PLZ, Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

### Wohnsituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)

Selbständig	
Funktion	
Telefon	
E-Mail	
Insitutionsname	
Ort der Institution	

### Arbeitssituation vor Eintritt (Bitte ankreuzen)

Selbständig	
Funktion	
Telefon	
E-Mail	
Insitutionsname	
Ort der Institution	

### Psychiater

Name	
Strasse	
PLZ, Ort	

Telefon	
Fax	

**Gesundheitliche Angaben**

Wie geht es Ihnen körperlich?			
Wie mobil sind Sie?	<input type="radio"/> mobil	<input type="radio"/> mit Gehilfe	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Waren Sie schon per FU hospitalisiert?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Haben Sie Suchtprobleme?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> 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 \_\_\_\_\_

Bemerkungen  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wird durch die Heimleitung ausgefüllt:**

Anmeldung eingegangen am: \_\_\_\_\_ bestätigt am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_