

## ANMELDUNG WOHNPLATZ

### PERSONALIEN

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Beruf	Geburtsdatum
Telefon	Mobile
Email	
Zivilrechtlicher Wohnsitz	
Zivilstand	Konfession
AHV/ IV Nummer	SUVA-Nummer
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### RENTEN

IV Rente	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Ergänzungsleistungen (EL)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Hilflosenentschädigung (HE)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	seit
Wenn ja, welche Stufe HE	<input type="checkbox"/> leicht	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> schwer
Ergänzungen			

### UNTERSTÜTZUNG

<input type="checkbox"/> Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Begleitbeistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	Vertretungsbeistandschaft	<input type="checkbox"/> ja
Mitwirkungsbeistandschaft	<input type="checkbox"/> ja	umfassende Beistandschaft	<input type="checkbox"/> ja

andere

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

### KONTAKTPERSON

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

### VERSICHERUNGEN

#### **Krankenkasse**

Name	
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Vers.-Nr.

#### **Haftpflichtversicherung**

Name	
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Vers.-Nr.

### FACHPERSONEN

#### **Hausarzt/ Hausärztin**

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

#### **Spezialist/ Spezialistin**

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

#### **Therapie**

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

#### **Andere**

Name	Vorname
Strasse	PLZ/Ort
Telefon	Email

## ASSISTENZ

**Zeitasistenzbedarf pro Tag**
**Körperpflege**

	selbständig	mit etwas Hilfe	ganz auf Hilfe angewiesen
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel			

**Ernährung**

essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diät			
Hilfsmittel			

**Ausscheidung**

Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel für die Ausscheidung		Ja	nein
Inkontinenzprodukte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes			

**Bewegung/ Mobilität**

	selbständig	mit etwas Hilfe	ganz auf Hilfe angewiesen
aufstehen/ absitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett-Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich im Haus fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich draussen fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ÖV benützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel			

## KOMMUNIKATION UND SOZIALES LEBEN

**Kommunikation und soziales Leben**

sich mitteilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit anderen aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Kontakte pflegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel			

Sind weitere Hilfsmittel nötig oder im Einsatz?

**Ergänzungen**