

# Fragebogen Eintritt Bewohner/in



Foto

Bitte in Blockschrift ausfüllen.

## I. Allgemeiner Teil

### Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Bürgerort	Zivilrechtlicher Wohnsitz
Zivilstand	Religion/Konfession

Genauere Adresse (bei Minderjährigen diejenige der Eltern)

### Personalien der Eltern

Vater

Mutter

Name/Mädchenname		
Geburtsdatum		
Beruf		

Leben die Eltern beisammen oder getrennt?

Geschwister:

Name/Vorname	Jahrgang	Name/Vorname	Jahrgang

### Adressen

Eltern	Tel.
Nächste Verwandte (wenn keine Elternadresse)	Tel.
Besondere Bezugsperson	Tel.
Gesetzliche Vertretung	Tel.
<b>Bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen!</b>	Tel.
Fürsorgestelle	Tel.
Krankenkasse	Tel.
<b>Bitte Kopie der Police beilegen!</b>	Tel.
Haftpflichtversicherung	Tel.
<b>Bitte Kopie der Police beilegen!</b>	Tel.

Arztrechnungen sind direkt an die Eltern/Versorger  oder an die Krankenkasse  zu senden.

## Arztwahl

bisher zuständiger Arzt oder Hausarzt \_\_\_\_\_

Die medizinische Betreuung erfolgt in der Regel durch den betreffenden Heimarzt.

Wird ein anderer Arzt gewünscht (Kosten der Begleitung zum Arzt werden in Rechnung gestellt)?

Ja, wir wünschen folgenden Arzt: \_\_\_\_\_

## Verschiedenes

Rente und Hilflosenentschädigung der Eidg. Invalidenversicherung

Bitte aktuelle Verfügung beilegen!

Derzeitiger Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Eintrittsdatum \_\_\_\_\_

Rechnungsstellung an \_\_\_\_\_

## Lebenslauf (Heilpädagogische Schulen, Heimaufenthalte usw.):

Institution:

Ort:

von:

bis:

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## Besondere Informationen / Bemerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort und Datum:

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:

Beilagen:  IV-Verfügung  
 Kopie Krankenkassen-Police  
 Kopie Haftpflichtversicherungs-Police

**II. Arztbericht** (Bitte mit Blockschrift oder Schreibmaschine ausfüllen)  
Untersuchung nicht früher als 1 Monat vor der heutigen Anmeldung.

**Hauptbehinderung (Diagnose):**

**Epilepsie:**

**Körperliche Missbildungen/Lähmungen:**

**Sinne:**

- Augen:

- Sprechen:

- Ohren:

- andere:

**Zähne / Prothesen / Nahrung:**

**Zahnbehandlung** kann ambulant , muss unter Narkose  ausgeführt werden.

**Ausscheidungen** - Urin:

- Stuhl:

**Psychische Verfassung:**

**Wahnideen, Halluzinationen usw.:**

**Fremdgefährdung:**

**Selbstgefährdung (Autoaggressionen):**

**Fluchtgefährdung:**

**Besondere Risikofaktoren (z.B. Allergien, ansteckende Krankheiten):**

**Medikament:**

**Dosis/Verabreichung:**

**seit wann:**

**Grund der Verordnung**

**Notwendige Pflege- und andere Massnahmen:**

**Notwendige Hilfsmittel:**

**Schwere durchgemachte Krankheiten:**

Ort und Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

**III. Weitere Informationen**

**Fähigkeiten**

	selbständig	teilweise	nein
Ankleiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auskleiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen, absitzen, abliegen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrichten der Notdurft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung im Hause .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
im Freien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herstellen von Kontakten mit der Umwelt			
im Hause .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ausserhalb des Heimes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Überwachung nötig**

	dauernd	teilweise	keine
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sprache / Verständigung / Lesen und Schreiben:**

**Handwerkliche/Manuelle Fähigkeiten:**

**Soziales Verhalten:**

**Gewohnheiten/Vorlieben/Abneigungen:**

**Ausschlusskriterien:**

- Bewerbung mit einer Suchtproblematik
- Bewerbung mit hohem Aggressionspotential
- Bewerbung mit einer psychischen Erkrankung, die einer Therapie bedarf

Ort und Datum:

Unterschrift (Eltern, Bezugsperson oder Arzt):

Vollständig ausgefüllten Fragebogen senden Sie bitte an:

**Stiftung Waldheim  
Geschäftsleitung  
Kronenwies  
9428 Walzenhausen**