

# Fragebogen Eintritt Bewohner/in



## Personalien

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Heimatort / Staatszugehörigkeit \_\_\_\_\_ Zivilrechtlicher Wohnsitz \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Religion/Konfession \_\_\_\_\_

Genauere Adresse (bei Minderjährigen diejenige der Eltern)

---

## Personalien des Vaters

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

## Personalien der Mutter

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Die Eltern leben  zusammen  getrennt

## Geschwister

Name/Vorname _____	Jahrgang _____
Name/Vorname _____	Jahrgang _____
Name/Vorname _____	Jahrgang _____
Name/Vorname _____	Jahrgang _____

## Adressen

Nächste Verwandte (wenn keine Elternadresse)

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Besondere Bezugsperson

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Gesetzliche Vertretung (bitte Kopie der Ernennungsurkunde beilegen)

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Fürsorgestelle

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Krankenkasse (bitte Kopie der Police beilegen)

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung (bitte Kopie der Police beilegen)

\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Arztrechnungen sind direkt an die  Eltern/Versorger  Krankenkasse zu senden

# Fragebogen Eintritt Bewohner/in



## Arztwahl

bisher zuständiger Arzt / Hausarzt \_\_\_\_\_

nach Eintritt:  Betreuung durch Heimarzt  Betreuung durch \_\_\_\_\_

→ die medizinische Betreuung erfolgt in der Regel durch den betreffenden Heimarzt

→ Wird ein anderer Arzt gewünscht werden die Kosten der Begleitung zum Arzt werden in Rechnung gestellt

## Verschiedenes

Rente und Hilflosenentschädigung der Eidg. Invalidenversicherung (bitte Kopie der aktuellen IV-Verfügung beilegen)

\_\_\_\_\_

voraussichtliches Eintrittsdatum

\_\_\_\_\_

Rechnungsstellung an

\_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort

\_\_\_\_\_

→ sofern es sich dabei um eine Behinderteninstitution handelt

Besteht Kostenübernahmegarantie gemäss IVSE?  ja, Kanton \_\_\_\_\_  nein

## Lebenslauf

Institution	Ort	von	bis

## Besondere Informationen / Bemerkungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort / Datum:

Unterschrift gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beilagen:  Kopie IV-Verfügung  Kopie Krankenkassen-Police  Kopie Haftpflichtversicherungspolice  
 Kopie Ernennungsurkunde gesetzliche Vertretung

# Fragebogen Eintritt Bewohner/in



**Arztbericht** (→ Untersuchung nicht früher als 1 Monat vor der heutigen Anmeldung)

Hauptbehinderung (Diagnose)

Epilepsie

Körperliche Missbildungen / Lähmungen

Sinne            - Sehen            \_\_\_\_\_  
                     - Sprechen        \_\_\_\_\_  
                     - Hören            \_\_\_\_\_  
                     - andere            \_\_\_\_\_

Zähne / Prothesen / Nahrung

Zahnbehandlung     kann ambulant             muss unter Narkose            ausgeführt werden

Ausscheidung    - Urin            \_\_\_\_\_  
                     - Stuhl            \_\_\_\_\_

Inkontinenzgrad     keine             leicht             mittel             schwer             total

Psychische Verfassung

Wahnideen / Halluzinationen usw.

Fremdgefährdung

Selbstgefährdung (Autoaggressionen)

Fluchtgefährdung

Besondere Risikofaktoren (z.B. Allergien, ansteckende Krankheiten etc.)

Medikament	Dosis / Verabreichung	seit	Grund der Verordnung

Notwendige Pflege- und andere Massnahmen

---

Notwendige Hilfsmittel

---

Schwere durchgemachte Krankheiten

---

Ort / Datum:

---

Stempel / Unterschrift Arzt:

---

**Weiter Informationen**

Fähigkeiten	- Ankleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Auskleiden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Aufstehen, Absitzen, Abliegen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Essen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Fortbewegung im Haus	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Fortbewegung im Freien	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Treppensteigen	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Kontakt mit der Umwelt im Haus	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
	- Kontakt mit der Umwelt ausserhalb	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> nein
Überwachung nötig		<input type="checkbox"/> dauernd	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> keine

Sprache / Verständigung / Lesen / 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 / Datum:

---

Unterschrift gesetzliche Vertretung

---