|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klienten Daten** | **Passfoto:** | | | | | |
| **Name** |  | | | | | |
| **Vorname** |  | | | | | |
| Eintritt (Datum) |  | | | Eintritt von | | |
| Wohnadresse |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| Geschlecht |  | | | | | |
| Geburtsdatum |  | | | | | |
| Konfession |  | | | | | |
| Muttersprache |  | | | | | |
| Zivilrechtlicher Wohnsitz | Kanton: | | | | | |
| PLZ / Ort: | | | | | |
| Land / Heimatort | Land: | | | | | |
| PLZ / Ort: | | | | | |
| Sozialversicherungsnummer (IV Nr.) |  | | | | | |
| Kontoangaben  (für allfällige Lohnzahlungen oder Rückvergütungen) |  | | | | | |
| Hilflosenentschädigung (HE) | leicht | mittel | | | | schwer |
| Ausgleichskasse |  | | | | | |
| Status Wohnheim mit Tagesstätte | Tagesstätteplatz extern  ca. 250 Tage | | | Tagesstätteplatz mit Wohnangebot  365 Tage | | |
| Status Wohnheim mit geschützten Arbeitsplatz (Werkstatt, Küche, Reinigung, Wäscherei) | Geschützter Arbeitsplatz extern  ca. 250 Tage | | | Geschützter Arbeitsplatz mit Wohnangebot  365 Tage | | |
| **Faktura Adresse** | Eltern, Angehörige, gesetzliche Vertretungen (Behörden, Sozialdienste) | | | | | |
| Name / Vorname / Behörde |  | | | | | |
| *Kontaktperson (bei der Behörde)* |  | | | | | |
| Strasse |  | | | | | |
| PLZ / Ort |  | | | | | |
| Telefon privat | Mutter: | | Vater: | | | |
| Telefon Geschäft | Mutter: | | Vater: | | | |
| Natel | Mutter: | | Vater: | | | |
| E-Mail |  | | | | | |
| Kostenträger/Übernahme  bei ausserkantonalen Aufnahmen (KÜG) | Ja /  Nein | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | |
| **Weitere soziale Kontakte**  **Ferien- und Wochenendaufenthalte, usw.** | | | | | | |
| Name / Vorname / Behörde |  | | | | | |
| Strasse |  | | | | | |
| PLZ / Ort |  | | | | | |
| Telefon | Natel: | | | | Festnetz: | |
| E-Mail |  | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | |
| **Weitere soziale Kontakte**  **Ferien- und Wochenendaufenthalte, usw.** | | | | | | |
| Name / Vorname / Behörde |  | | | | | |
| Strasse |  | | | | | |
| PLZ / Ort |  | | | | | |
| Telefon | Natel: | | | | Festnetz: | |
| E-Mail |  | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | |
| **Hausarzt** |  | | | | | |
| Strasse |  | | | | | |
| PLZ/Ort |  | | | | | |
| Telefon |  | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | |
| **Krankenkasse** |  | | | | | |
| Krankenkasse  Policennummer |  | | | | | |
| Zusatzversicherung  Policennummer |  | | | | | |
| Sektion |  | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Therapien** | | | | | | | |
| Verfügung für medizinische Therapien  (bitte bestehende Verfügung beilegen) | Ergotherapie  gültig bis: | | | Physiotherapie  gültig bis: | | | |
| Berichte vorhanden | Ja /  Nein | | | Ja /  Nein | | | |
| Andere therapeutische Massnahmen | Ja  Welche: | | | Nein | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| **TherapeutIn** |  | | | | | | |
| Strasse |  | | | | | | |
| PLZ/Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Fachbereich |  | | | | | | |
| **TherapeutIn** |  | | | | | | |
| Strasse |  | | | | | | |
| PLZ/Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Fachbereich |  | | | | | | |
| **TherapeutIn** |  | | | | | | |
| Strasse |  | | | | | | |
| PLZ/Ort |  | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Fachbereich |  | | | | | | |
| **Beeinträchtigungsform / Medikamente** | | | | | | | |
| Diagnose | Ja, vorhanden | | | Nein, nicht vorhanden | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| Medikamente | Ja | | | Nein | | | |
| Welche  Abgabeform |  | | | | | | |
| morgens | | mittags | abends | | | nachts |
| Welche  Abgabezeit |  | | | | | | |
| morgens | | mittags | abends | nachts | | |
| Welche  Abgabezeit |  | | | | | | |
| morgens | mittags | | abends | | nachts | |
| Welche  Abgabezeit |  | | | | | | |
| morgens | | mittags | abends | | nachts | |
| Notfallmassnahmen notwendig | Ja  Welche: | | | Nein | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| **Unterstützung / Pflege** | | | | | | | |
| Selbständig | **Braucht Hilfe bei**  Duschen, Baden  Rasieren  Ohren-, Nagelpflege  Kämmen, Haare waschen  Intimpflege  Zahnreinigung  Weitere: | | | Volle Unterstützung von  Drittpersonen | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| **Medizinisches** | | | | | | | |
| Allergien |  | | | | | | |
| Epilepsie |  | | | | | | |
| Erbkrankheiten |  | | | | | | |
| Weitere Krankheiten |  | | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| **Verhalten** | | | | | | | |
| Fremdaggression  Wie: | Autoaggression  Wie: | | | Andere Ausdrucksformen  Wie: | | | |
| Angstzustände  Wie: | Stereotypen  Wie: | | | Sexualverhalten  Wie: | | | |
| Besondere Verhaltensweise (ASS Autismus Spektrum Störung)  Wie: | | | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |
| **Unterstützung / Toilettengang / Ausscheidung** | | | | | | | |
| Selbständig | **Braucht Hilfe beim**  Uringang  Stuhlgang  Teilweise selbstständig  Trägt Windeln (ist Inkontinent)  Trägt Einlagen  Katheter | | | Volle Unterstützung von Drittpersonen | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Unterstützung in der Nacht** | | | |
| Selbständig | | **Braucht Hilfe**  Beim Zubettgehen  Beim Einschlafritual  Muss fixiert werden (FBM)  Lagerung/Umlagerungen | Volle Unterstützung von Drittpersonen |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Kleidung** | | | |
| Selbständig | | **Braucht Hilfe**  Beim An- und Ausziehen  Bei der Kleiderwahl | Volle Unterstützung von Drittpersonen |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Sprache / Kommunikation / Unterstützte Kommunikation** | | | |
| IPad, Tablet, Sprachgerät  Lautsprache  Piktogramme, Fotos, Symbole | | Gebärdensprache  Non verbale Kommunikation  Kommuniziert im Interpretationsbereich | |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Gehör** | | | |
| Orientierung normales Gehör  Hörgerät  *links /*  *rechts* | | Taubheit  *links /*  *rechts*  Gehörverhalten nicht eindeutig (Interpretationsbereich) | |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Sehen** | | | |
| Normales Sehverhalten  BrillenträgerIn  KontaktlinsenträgerIn  Farbenblind | | Eingeschränktes Sehverhalten  *links /*  *rechts*  Blind  Sehverhalten nicht eindeutig (Interpretationsbereich) | |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Schreiben / Lesen / Rechnen** | | | |
| Kann lesen  Kann schreiben  Kann rechnen  Hat ein minimales Zahlen- verständnis | | Kann nicht lesen  Kann nicht schreiben  Kann nicht rechnen  Hat kein Zahlenverständnis |  |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Essen** | | | |
| Isst selbständig  Isst püriert  Isst haschiert  Magensonde  Hat Diabetes | | **Braucht Hilfe beim**  Essen  Trinken  Portionieren | Volle Unterstützung von Drittpersonen |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Mobilität / Hilfsmittel / Rollstuhl usw.** | | | |
| Kann gehen  Kann Treppensteigen | | **Hilfsmittel**  Stöcke  Rollator  Rollstuhl  Elektrorollstuhl | Kann selber aufstehen und absitzen |
| Weglaufrisiko? | | Ja | Nein |
| Freiheitsbeschränkende Massnahmen notwendig? | | Ja  Welche: | Nein |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Orientierung** | | | |
| Selbständig | | **Braucht Orientierungshilfe**  Teilweise räumlich  Teilweise zeitlich | Volle Unterstützung von Drittpersonen |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | |
| **Soziales Verhalten / Gruppenleben** | | | |
| Einkaufen selbständig | | Ja | Nein |
| Ergänzungen | |  | |
| Kochen selbständig | | Ja | Nein |
| Ergänzungen | |  | |
| Telefonieren selbständig | | Ja, mit Handy und Festnetz | Nein  Nur mit Handy  Nur mit Festnetz |
| Umgang mit Geld | | Eigenes PC oder BK | Nicht vorhanden |
| Kennt das Geld bis … | | Selbständige Verwaltung  Unter CHF 10.00  Bis CHF 10.00  Bis CHF 20.00  Bis CHF | Kein Bezug zu Geld |
| **Weitere Angaben** | | | |
| Gesetzliche Vertretung /  Beurkundung | Ja, vorhanden  Nein, nicht vorhanden  Ist in Bearbeitung | | |
| Medizinisches Vertretungsrecht | Ja, vorhanden  Nein, nicht vorhanden  Ist in Bearbeitung | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | |

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

**Unterschrift KlientIn: Unterschrift gesetzliche Vertretung:**