|  |  |
| --- | --- |
| **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 externca. 250 Tage[ ]  | Tagesstätteplatz mit Wohnangebot365 Tage[ ]  |
| Status Wohnheim mit geschützten Arbeitsplatz (Werkstatt, Küche, Reinigung, Wäscherei) | Geschützter Arbeitsplatz externca. 250 Tage[ ]  | Geschützter Arbeitsplatz mit Wohnangebot365 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/Übernahmebei 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** |  |
| KrankenkassePolicennummer |            |
| ZusatzversicherungPolicennummer |            |
| Sektion  |       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |

|  |
| --- |
| **Therapien** |
| Verfügung für medizinische Therapien(bitte bestehende Verfügung beilegen) | [ ]  Ergotherapiegültig 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 |
| WelcheAbgabeform |       |
| [ ]  morgens | [ ]  mittags | [ ]  abends | [ ]  nachts |
| WelcheAbgabezeit |       |
| [ ]  morgens | [ ]  mittags | [ ]  abends | [ ]  nachts |
| WelcheAbgabezeit |       |
| [ ]  morgens | [ ]  mittags | [ ]  abends | [ ]  nachts |
| WelcheAbgabezeit |       |
| [ ]  morgens | [ ]  mittags | [ ]  abends | [ ]  nachts |
| Notfallmassnahmen notwendig | [ ]  JaWelche:       | [ ]  Nein |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Unterstützung / Pflege** |
| [ ]  Selbständig  | **Braucht Hilfe bei**[ ]  Duschen, Baden [ ]  Rasieren[ ]  Ohren-, Nagelpflege[ ]  Kämmen, Haare waschen[ ]  Intimpflege[ ]  Zahnreinigung [ ]  Weitere:       | [ ]  Volle Unterstützung vonDrittpersonen |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Medizinisches** |
| Allergien |       |
| Epilepsie  |       |
| Erbkrankheiten  |       |
| Weitere Krankheiten  |       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Verhalten** |
| [ ]  FremdaggressionWie:       | [ ]  Autoaggression Wie:       | [ ]  Andere AusdrucksformenWie:       |
| [ ]  AngstzuständeWie:       | [ ]  StereotypenWie:       | [ ]  SexualverhaltenWie:       |
| [ ]  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? | [ ]  JaWelche:       | [ ]  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:**