

## 1. Personalien

Name:	.....	Vorname:	.....
Geburtsdatum:	.....	Zivilstand:	.....
Heimatort:	.....	Nationalität:	.....
Aufenthaltsstatus:	.....	Gültig bis:	.....
Momentane Adresse:	.....		
Telefon-Nummer:	.....	Mobile Nummer:	.....
Wohnsitzgemeinde:	.....	Schriften in:	.....
Partner / Freundin:	.....		
AHV-Nummer:	.....	Konfession:	.....

## 2. Versicherungsangaben

Rentner / Rentenart:	<input type="checkbox"/> AHV	<input type="checkbox"/> IV	falls IV, wie viel %:	%
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	falls Ja, seit wann:	
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	falls Ja, Stufe:	
Krankenkasse:	.....			
Unfallversicherung:	.....			
Haftpflichtversicherung:	.....			

## 3. Fürsorgerische Angaben

Gesetzliche Vertretung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche/n?	<input type="checkbox"/> umfassende Beistandschaft	
	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft / <input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	
	<input type="checkbox"/> Wohnen	
	<input type="checkbox"/> Tagesstruktur	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitliches Wohl	
	<input type="checkbox"/> Administration	
	<input type="checkbox"/> Finanzen	
Name/Vorname:	.....	
Adresse, PLZ und Ort:	.....	
Telefon / Mobile:	.....	
E-Mail-Adresse:	.....	

Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viele?
Besteht eine Unterhaltspflicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wer ist unterhaltspflichtig?			

## 4. Adressen

Rechnungsadresse:	<input type="checkbox"/> gleich wie gesetzliche Vertretung
Name / Vorname:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

Hausarzt:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nr./Fax-Nr./E-Mail:	.....

Psychiater / Therapeut:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nr./Fax-Nr./E-Mail:	.....

Arbeitgeber:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

Familienangehörige:	.....
Verwandtschaftsgrad:	.....
Adresse:	.....
Tel.-Nummer / E-Mail:	.....

## 5. Berufliche Angaben

Sind Sie arbeitstätig?	<input type="checkbox"/> 1. Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> 2. Arbeitsmarkt	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, als was sind Sie tätig?	.....		
Firmenname Arbeitgeber?	.....		
Adresse und Tel.-Nr. Arbeitgeber?	.....		

Wenn nein, warum nicht?

Arbeitslos

Krankheit

Unfall

Andere

Wenn andere Gründe, welche?

## 6. Medizinische Angaben

Diagnose (psychiatrisch/medizinisch):

Medikamente bei Anmeldung:

Auflagen / Weisungen:

Patientenverfügung vorhanden:

Nein

Ja

Wenn Ja, wo?

## 7. Persönliche Auskunft

Aktuelle Wohnform:

Eigene Wohnung

Klinik

Andere Institution

Wohnen oder wohntest Sie schon in einem Heim:

ja

nein

Wenn ja, wo und wie lange:

Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand:

Krankheiten / Gebrechen:

Haben oder hatten Sie Probleme mit Alkohol oder Drogen:

ja

nein

Wenn ja, welche:

Waren Sie schon in einer Entziehungskur:

Wenn ja, wo und wie lange:

Freizeitaktivitäten:

## 8. Eintritt

Gewünschtes Eintrittsdatum:

## 9. Bestätigung

Die nachstehend unterzeichneten Personen bestätigen hiermit, dass die Angaben in diesem Aufnahmegesuch vollständig und wahrheitsgetreu sind.

<b>Ort / Datum:</b>
<b>Unterschrift der einzutretenden Person:</b>

<b>Dieses Feld ist nur vom Sozialamt, gesetzlichen Vertretung oder Betreuungsperson auszufüllen</b> (Bitte geben Sie die genaue Adresse und Tel.-Nr. der Amtsstelle oder der zuständigen Person an)
<b>Ort / Datum:</b>
<b>Unterschrift der zuständigen Amtsperson:</b>

## 7. Aufnahmeentscheid

<b>Bitte leer lassen</b>
<b>Entscheidung und Begründung der Institutionsleitung:</b>
<b>Ort / Datum / Unterschrift:</b>