

Anmeldungs-Prozess I Erstkontakt

<input type="checkbox"/> Eintritt dringend <input type="checkbox"/> Vorsorgeanmeldung <input type="checkbox"/> Entlastungszimmer <input type="checkbox"/> Anmeldung für Schnupperwochen	Nach Eingang des Gesuches werden wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen.	Wird vom Wohnheim ausgefüllt Eingang _____ Eintritt _____ ZimmerNr. _____
--	--	---

Anfrage als:

Bewohner

- Wohngruppe Erwachsene bis 65 (mit Tagesstätte)
- Wohngruppe Erwachsene bis 65 (ohne Tagesstätte)
- Wohngruppe Senioren 65+ (mit Alltagsgestaltung)
- Aussenwohngruppe (Selbstständiges Wohnen)
- Entlastungszimmer (Ferienzimmer)

Tagesgast (Wohnen extern)

- Tagesstätte ganztags
- Tagesstätte am Morgen
- Tagesstätte am Nachmittag
- Tagesstätte Individual Programm

Persönliche Angaben

Familienname _____
 Vorname _____
 Zivilstand _____
 Heimatort/land _____
 Nationalität _____

Lediger Name _____
 Geburtsdatum _____
 Konfession _____
 SVA-Nr. **756.** _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort / Institution

Institution _____
 Strasse/Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Telefon _____
 Natel _____
 E-mail _____

Zivilrechtliche Wohnsitzgemeinde (Schriften)

Strasse/Nr. _____
 PLZ/Ort _____
 E-Mail _____

Telefon _____
 Natel _____

Versicherungen & Arzt

Krankenkasse Grundversicherung

Gesellschaft _____
 Strasse/Nr. _____

Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Krankenkasse Zusatzversicherung

Gesellschaft _____
 Strasse/Nr. _____

Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Unfallversicherung

Gesellschaft _____
 Strasse/Nr. _____

Vers.-Nr. _____
 PLZ/Ort _____

Hausarzt

Name _____
 PLZ/Ort _____

Strasse/Nr. _____

Anmeldungs-Prozess I Erstkontakt

Finanzen / Rechnungsempfänger

Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Verw.grad	_____
Art der Beistandschaft	<input type="checkbox"/> Begleit-B. <input type="checkbox"/> Vertretungs-B. <input type="checkbox"/> Mitwirkungs-B. <input type="checkbox"/> Umfassende B.		
Vorname	_____	Name	_____
Strasse/Nr.	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon P	_____	Telefon G	_____
Natel	_____	E-Mail	_____
IV Rentenanspruch	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie Ergänzungsleistung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer	
Ist ein Vorsorgeauftrag vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Kontaktpersonen

(Bitte Verwandtschaftsgrad ausfüllen, z.B. Sohn/Tochter/Enkel/Beistand etc.)

Erste Ansprech- & Vertrauensperson

Verw.grad	_____		
Vorname	_____	Name	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon G	_____
E-Mail	_____	Natel	_____

Weitere Angehörige/Bezugspersonen

Verw.grad	_____		
Vorname	_____	Name	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon G	_____
E-Mail	_____	Natel	_____

Verw.grad	_____		
Vorname	_____	Name	_____
Strasse/Nr.	_____	Telefon P	_____
PLZ/Ort	_____	Telefon G	_____
E-Mail	_____	Natel	_____

Anmeldungs-Prozess I Erstkontakt

Allgemeine Fragen

Behinderungsart und Ursache

Gesundheitliche Auffälligkeiten
(Allergie, Herzfehler, Übergewicht
usw.)

Aktuelle medizinische Massnahmen
(Medikamente, Therapien,
Ernährung usw.)

Aktuelle Lebenssituation

Soziales Verhalten
(Kontakt, Umgang mit Aggression
usw.)

Mentales Verhalten
(Verständnis, Logik, Demenz usw.)

Mobilität / Hilfsmittel im Alltag
(Rollstuhl, Gehhilfe usw.)

Selbstständigkeit

Tätigkeiten / Hobbys
(Tagesstätte: Materialien Werkstatt,
Garten usw.)

Weitere wichtige Informationen

Aufnahme in die Angebote der Stiftung Wohnheim KONTIKI

Vielen Dank für Ihr Interesse an der Stiftung Wohnheim KONTIKI.

Nach Eingang des Aufnahmegesuches werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen und mit Ihnen die weiteren Schritte besprechen.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie Ihr Interesse, die Angebote der Stiftung Wohnheim KONTIKI näher kennen zu lernen und einen möglichen Eintritt des Klienten zu unterstützen.

Ort / Datum

Unterschrift Antragsteller
oder Vertretung
