

<b>WHL- QMS</b>	<b>Aufnahmegesuch S&amp;G</b>	<b>3.1.1-VA1-FO2</b>
31.03.2018	3.1 Aufnahme - Kernprozesse	Seite 1/2 – Ausgabe 11

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Heimatort \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus \_\_\_\_\_ Gültig bis \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_

Partner/Freundin \_\_\_\_\_

Kinder/Jahrgang \_\_\_\_\_

Übrige Angehörige \_\_\_\_\_

Beruf / Ausbildung \_\_\_\_\_

Wohnsitzgemeinde \_\_\_\_\_ Schriften in \_\_\_\_\_

Momentane Adresse \_\_\_\_\_

Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

Bezugsperson \_\_\_\_\_ Telefon. \_\_\_\_\_

AHV-Nr. \_\_\_\_\_

Telefon / Natel \_\_\_\_\_

Gewünschter Eintritt \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertreter  umfassende Beistandschaft  Vertretungsbeistandschaft

rechtliche Belange

finanzielle Belange

medizinische Belange

.....

Zusätzl. Kontaktstelle \_\_\_\_\_ Tel./ Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Zahleradresse \_\_\_\_\_ Tel./Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Arbeitsplatz \_\_\_\_\_ Tel./Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ärztl. Betreuung \_\_\_\_\_ Tel./Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Psych./Therapeut \_\_\_\_\_ Tel./Fax \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

<b>WHL- QMS</b>	<b>Aufnahmegesuch S&amp;G</b>	<b>3.1.1-VA1-FO2</b>
31.03.2018	3.1 Aufnahme - Kernprozesse	Seite 2/2 – Ausgabe 11

Diagnose \_\_\_\_\_

Auflagen/Weisungen \_\_\_\_\_

Grund / Motivation für  
Eintritt \_\_\_\_\_

Tagesstruktur  1. Arbeitsmarkt  2. Arbeitsmarkt  \_\_\_\_\_

Wohnform  Eigene Wohnung  Klinik  Andere Institution  
 \_\_\_\_\_

Freizeitaktivitäten \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

Unfallversicherung \_\_\_\_\_

Haftpflichtversicherung \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden?  nein  ja

Wenn ja, wo \_\_\_\_\_

Vorsorgeauftrag vorhanden?  nein  ja  
(bei gesetzl. Massnahme nicht nötig)

Beziehen Sie eine IV-Rente?  nein  ja wie viel % \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Ergänzungsleistung?  nein  ja seit wann \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Hilflosenentschädigung?  nein  ja Stufe \_\_\_\_\_

Bewerber \_\_\_\_\_

Gesetzl. Vertretung \_\_\_\_\_

Ort / Datum \_\_\_\_\_