

**Personalien**
**Geschlecht:**  männlich  weiblich  divers

**Pronomen:** \_\_\_\_\_

<b>Name</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Telefonnummer</b>	
<b>Wohnadresse</b>		<b>Gesetzlicher Wohnsitz</b>	
<b>Aktueller Aufenthalt</b>		<b>Aufenthaltsstatus</b> <i>bei Eintritt Ausweis mitbringen</i>	
<b>Heimatort</b>		<b>Zivilstand</b>	
<b>Konfession</b>		<b>AHV-Nummer</b>	
<b>Grösse</b>		<b>Augenfarbe</b>	

**Ärzte / Bezugspersonen / Familie / Freunde**
*Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail*
 **Es darf beim Arzt ein Zeugnis über den Gesundheitszustand eingeholt werden.**

<b>Beiständ:in / Sozialarbeiter:in</b>	
<b>Hausarzt / Hausärztin</b>	
<b>Psycholog:in / Psychiater:in</b>	
<b>Gynäkolog:in</b>	
<b>Zahnarzt / Zahnärztin</b>	
<b>Andere Ärzt:innen</b>	
<b>Bezugsperson / Familienangehörige</b>	
<b>Freund:in</b>	
<b>Arbeitgeber:in</b>	

**Medizinische Angaben / Versicherungen**

<b>Diagnosen / Krankheiten</b>	
<b>Allergien / Unverträglichkeiten</b>	
<b>Krankenkasse</b> <i>Name, Mitglied Nr. / bei Eintritt Karte mitbringen</i>	
<b>Privathaftpflichtversicherung</b> <i>Name, Police Nr. / bei Eintritt Police mitbringen</i>	
<b>IV / SOD / EL</b> <i>Passendes unterstreichen Ja / beantragt</i>	

**Selbsteinschätzung**

Bitte entsprechendes Feld ankreuzen und wenn nicht selbständig, bitte in der letzten Spalte ausführen.

Bereich	Selbstständig	Teilweise Hilfe	Vollständige Hilfe	Wenn Hilfe, wo?
<b>Körperpflege</b> <i>(Duschen, Zähneputzen etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Anziehen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ausscheidung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Kommunikation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Medikamenteneinnahme</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Patientenverfügung**
 Ja  Nein

**Kostengutsprache:****Rechnungsadresse:**

**Wohnen**

Gewünschtes Eintrittsdatum: \_\_\_\_\_

<b>gewünschte Wohngruppe</b>	<b>Betreutes Wohnen</b> <input type="checkbox"/> "In Katzenbach", 8052 Zürich <input type="checkbox"/> "Am Wasser", 8049 Zürich	<b>Betreutes Wohnen „light“</b> <input type="checkbox"/> "In Westlink", 8048 Zürich
<b>Eigene Möbel</b> <i>Wenn ja, was?</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Haustiere</b> <i>Wenn ja, welche? (Tiervertrag)</i> <i>Tierarzt Name, Adresse, Telefonnummer</i>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

**Bitte beim Einzug folgende Dokumente mitbringen:**

- amtlicher Ausweis (Pass oder ID)
- Krankenkassenkarte
- Haftpflichtversicherungspolice
- Medikamentenliste (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, den Fragenbogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

**Ort, Datum**
**Unterschrift**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Unterschrift Vormund (falls vorhanden)**

\_\_\_\_\_