

## Angaben zur Person - Erstkontakt

### Personalien

Name			
Vorname			
Aktuelle Wohnadresse Strasse PLZ / Ort			
Handy:			E-Mail:
Geburtsdatum			
Heimatort / Land			
Konfession			Zivilstand:
Angehörige / Kontakt			
Ausbildung / Beruf Arbeitgeber / Aktuelle Tagesstruktur			
Kontoverbindung IBAN			
AHV-Nr.			
Eintrittsdatum per			

### Gesetzliche Vertreter

- Begleitbeistandschaft
  Mitwirkungsbeistandschaft  
 Vertretungsbeistandschaft
  Umfassende Beistandschaft  
  
 IV-Rente / Ergänzungsleistung  
 IV-Rente beantragt  
 IV-Eingliederungsmassnahmen  
 Sozialhilfe / andere

Name / Vorname			
Behörde			
Strasse			
PLZ / Ort			
Telefon:			E-Mail:

### Rechnungsadresse / Kostenträger

Name / Vorname			
SOZ / Beistandschaft			
Strasse			
PLZ / Ort			
Telefon:			E-Mail:

## Aktuelle Wohnsituation

- Selbstständig
  Aufenthalt in Wohneinrichtung  
 Aufenthalt bei Eltern / Angehörigen
  Anderes.....

## Kontaktperson / Klinik-Station / Sozialdienst Klinik / Anderes

Klinik / Anderes:	
Name / Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon:	E-Mail:
Bemerkungen	

## Ambulante psychiatrische / psychotherapeutische Betreuung

Ambulatorium / Praxis	
Name / Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon:	E-Mail:

## Hausarzt

Praxis	
Name / Vorname	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefon:	E-Mail:

Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen, wenn Ja welche?	
Nehmen Sie Ihre Medikamente selbständig ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Diagnose:	
Waren Sie schon wg. einer FU hospitalisiert	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Suchtproblematik? Wenn Ja welche?	Was?
Haben Sie eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Auftrag

Was ist Ihr Auftrag / (Ziel) und weshalb interessieren Sie sich für einen Wohnplatz bei uns?
--

**Zur weiteren Bearbeitung Ihrer Anmeldung benötigen wir Ihre vollständigen Angaben.**

Ort / Datum:

Unterschrift Interessent

Unterschrift Mitarbeiter ZWAK