

**1. Personalien der zu betreuenden Person:**

Familienname: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Heimatort: .....  
Sozialversicherungs-Nr. 756..... Konfession: .....  
Strasse: ..... PLZ, Ort: .....  
Telefon: ..... Email: .....  
Handy: .....  
Gesetzl. Wohnsitz: .....

**2. Besuchte Schulen, bisherige Heimaufenthalte, Arbeits- und Beschäftigungsorte**

**Besuchte Schulen:**

Schule:	Ort:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Bisherige Heim-Aufenthalte:**

Institution:	Ort:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Bisherige Arbeits- und Beschäftigungsorte:**

Firma / Werkstätte:	Ort:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Andere Aufenthalts- und Beschäftigungsorte:**

Bezeichnung:	Ort:	von:	bis:
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**3. Gegenwärtige Situation:**

**Wo wohnt die aufzunehmende Person gegenwärtig?**

Adresse:	Postleitzahl, Ort:
.....	.....

**Wo arbeitet die aufzunehmende Person gegenwärtig:**

.....

.....

.....

**Welche Freizeitbeschäftigung hat die aufzunehmende Person:**

.....

.....

.....

**Braucht die aufzunehmende Person eine spezielle Therapie:**

.....  
.....  
.....

**4. Beziehungsnetz/Soziogramm:**

Eltern:

Name Vater: ..... Vorname: .....

Name Mutter: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Gesch.: .....

Handy ..... Email: .....

Ehepartner:

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Tel. Privat: ..... Tel. Gesch.: .....

Handy: ..... Email: .....

Geschwister:

Name: ..... Vorname: .....

Name: ..... Vorname: .....

Kinder:

Name: ..... Vorname: .....

Name: ..... Vorname: .....

**5. Vertretung / Beistandschaft:**

Funktion: ..... ZGB Art: .....  
Name: ..... Vorname: .....  
Strasse: ..... PLZ, Ort: .....  
Tel. Privat: ..... Tel. Gesch.: .....  
Handy: ..... Email: .....

**6. Hauptdiagnosen und Grund der Beeinträchtigung(en)**

.....  
.....  
.....  
.....

**MRSA\***  ja Datum Test: ..... Arzt: .....  
 nein

\* Methicillinresistenter Staphylococcus Aureus

**7. Umfang der Beeinträchtigung(en)**

.....  
.....  
.....  
.....

**PEG-Sonde**  ja  nein Datum: .....

**aktuell Medikamente die ärztlich verordnet sind:**

Medikamente: ..... Dosierung: .....  
.....  
.....  
.....

## 8. Gesundheitliche Vorausplanung

### Impfschutz/Untersuchungen mit Datum:

Tuberkulose-Impfung: .....

Grippeimpfung: .....

Thorax-Röntgen .....

Covid 19 Impfung .....

**Patientenverfügung:** .....

**Vorsorgeauftrag:** .....

**Mutmasslicher Wille:** .....

**Nofall- und Behandlungsplanung:** .....

## 9. Ärztliche Versorgung

### Hausarzt\*in:

Name, Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon-Nr.: ..... Handy: .....

### Fach- und Spezialärzt\*innen:

.....

.....

## 10. Kranken- und Unfallversicherungen:

### Krankenkasse:

Name: .....

Adresse: .....

Agentur: .....

Versicherten-Nr.: .....



**12. Bemerkungen:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Alle Angaben werden vertraulich behandelt**

Ort und Datum: .....      Unterschrift des Antragstellers\*: .....

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung: .....

\*sofern möglich