

**Wohn- und Arbeitsplatz IV
Justizangebot**

Schnupperaufenthalt IV

Personalien

Familienname:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Beruf:	
Zivilstand:		Konfession:	
Heimatort:		Kanton:	
Zivilr. Wohnsitz:		AHV-/IV-Nr.:	
Wohnadresse:		Mailadresse:	
PLZ/Ort		Telefon:	
Beruflicher Werdegang:			

Adressen

Hausarzt: Adresse: Letzter Besuch:		Telefon:		E-Mail:	
Zahnarzt: Adresse: Letzter Besuch:		Telefon:		E-Mail:	
Facharzt: Adresse: Letzter Besuch:		Telefon:		E-Mail:	
Sozialdienst: Adresse:		Telefon:		E-Mail:	
Private Vertrauensperson A: Adresse: Bezugsgrad:		Telefon:		E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> (Ehe)-PartnerIn	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/>
Private Vertrauensperson B: Adresse: Bezugsgrad:		Telefon:		E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> (Ehe)-PartnerIn	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/>
Private Vertrauensperson C: Adresse: Bezugsgrad:		Telefon:		E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> (Ehe)-PartnerIn	<input type="checkbox"/> Eltern	<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/> Kinder	<input type="checkbox"/>
Gesetzliche Vertretung: Adresse: Bezugsgrad:		Telefon:		E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> Umfassende Beistandschaft		<input type="checkbox"/> Mitwirkungsbeistandschaft	<input type="checkbox"/> Begleitbeistandschaft	
	<input type="checkbox"/> Vertretungsbeistandschaft in den Bereichen				

Versicherungen

Krankenkasse		Versicherungs-Nr.:	
Sektion:			
Haftpflichtversicherung:			
Policen-Nr.:		Telefon:	

Vorsorge

Vorsorgeauftrag vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Bearbeitung	<input type="checkbox"/> hinterlegt bei:	
Adresse:				Telefon:	
Patientenverfügung vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Bearbeitung	<input type="checkbox"/> hinterlegt bei:	
Adresse:				Telefon:	

Renten

IV-Rente:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung	<input type="checkbox"/> sistiert	
Rente in Prozent:				In Abklärung seit:	
Ergänzungsleistung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung		
Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung		
Grad der Hilflosigkeit:	<input type="checkbox"/> leichten Grades		<input type="checkbox"/> mittleren Grades	<input type="checkbox"/> schweren Grades	

IBB – Individueller Betreuungsbedarf

IBB-Wert Wohnen:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	--

IBB-Wert Tagesstruktur:	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Ergänzungsleistung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung			
Hilflosenentschädigung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung			
Grad der Hilflosigkeit:	<input type="checkbox"/> leichten Grades		<input type="checkbox"/> mittleren Grades		<input type="checkbox"/> schweren Grades	

Gesundheitsfragen – wir bitten um die Angaben der Krankheiten, welche bekannt sind:

Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt						
HIV	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt						
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> G
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> in Abklärung						
Allergien	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> nicht bekannt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/>					
Andere:									
Ist eine psychiatrische Diagnose bekannt?									
Welche?									
Letzter Klinikaufenthalt:									
Wo?									
Somatische Beeinträchtigung oder Pflegeaufwand?									
Straf- u. Massnahmenvollzüge in den letzten 5 Jahren?									

Medikamente – wir bitten um die Angabe der Medikamente, welche verordnet sind:

Morgen:	
Mittag:	
Abend:	
Spät:	
Reserve:	

Auf wann ist der Eintritt vorgesehen?

Ziel des Aufenthaltes in der Stiftung Satis:			
Aktuelle Wohnsituation gesichert:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> bis wann:	<input type="checkbox"/> Nein
Datum:			
Bemerkungen:			

Informationen ausgefüllt:

Vorname, Name:	
Ort, Datum:	
Bemerkungen:	
Unterschrift:	