



## Anmeldeformular Begleitetes Einzelwohnen

### Personalien

|   |  |
|---|--|
| Name:   |  |
| Vorname:  |  |
| Wohnadresse:<br>Strasse<br>PLZ / Ort            |  |
| Aktueller Aufenthaltsort:                       |  |
| Telefon / Natel:                                |  |
| Mailadresse:                                    |  |
| Geburtsdatum:                                   |  |
| Heimatort:                                      |  |
| Zivilstand:                                     |  |
| Konfession:                                     |  |
| Gesetzlicher Wohnsitz /<br>Schriften deponiert: |  |
| Beruf:  |  |
| AHV-Nummer:                                     |  |
| Arbeitgeber:<br>Name<br>Adresse<br>Telefon      |  |

### Finanzen/Versicherungen

- IV-Rente       keine IV-Rente       IV-Rente beantragt am:
- Ergänzungsleistungen       Hilflosenentschädigung       Taggeld Berufliche Massnahme

Im Auftrag der kantonalen Verwaltung sind wir verpflichtet, Ihre Angaben zu prüfen. Wir bitten Sie, uns vor dem definitiven Vertragsabschluss eine Kopie der entsprechenden IV-Verfügung zukommen zu lassen.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Unfallversicherung:            |  |
| Krankenkasse:                  |  |
| Privathaftpflichtversicherung: |  |

### Übernahme Begleitungskosten

|   |  |
|---|--|
| Name<br>Adresse<br>Telefon<br>Mailadresse |  |
|---|--|

### Name, Adresse, Telefon involvierter Personen und Dienste

|   |  |
|---|--|
| Angehörige:<br>Name<br>Adresse<br>Telefon |  |
|---|--|



|   |  |
|---|--|
| Ambulante psych. Betreuung:<br>Name<br>Adresse<br>Telefon |  |
| In Behandlung seit:                                       |  |
| Hausärztin / Hausarzt:<br>Name<br>Adresse<br>Telefon      |  |
| Sozialdienst / Beistandschaft:                            |  |
| Name<br>Adresse<br>Telefon                                |  |
| Bei Klinikaufenthalt:<br>(Name u. Telefon der Klinik)     |  |
| Behan. Klinik Ärztin / Arzt:                              |  |
| Sozialdienst der Klinik:                                  |  |

### Angaben zu Medikamenten, Klinikerfahrung und Gesundheit

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen?                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie diese selbständig?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie schon in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Waren Sie mehrere Male per FU in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Patientenverfügung?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Besteht eine Suchtproblematik? Wenn ja, welche?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|   |                             |                               |
| Haben Sie körperliche Krankheiten / Einschränkungen? Unterstützungsbedarf?    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|   |                             |                               |

### Auftrag

|   |
|---|
| Was ist Ihr Auftrag an uns (Ziel)? In welcher Form soll unsere Begleitung Sie unterstützen? |
|   |

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

Datum:

Unterschrift:

Einsenden an:  
IGSP Begleitetes Einzelwohnen  
Weberstrasse 10  
8004 Zürich

oder Mailadresse: bewo@igsp.ch