#### ANMELDUNG für WohninteressentInnen

ALLE ANGABEN WERDEN VERTRAULICH BEHANDELT!

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, Vorname |  | | | |
| Adresse |  | | | |
| Telefon |  | Mobile |  | |
| Geburtsdatum |  | | | |
| AHV-Nummer | **756.** | | | |
| Zivilstand |  | | | |
| Beruf |  | | | |
| Nationalität |  | | | |
| Diagnose |  | Diagnose seit | |  |
| IV Rente seit |  | | | |
| Hilflosenentschädigung | leicht  mittel  schwer  keine  angemeldet am \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Jetziger Aufenthaltsort |  |
| Adresse |  |
| Telefon |  |

**Pflege/** **Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens**

bitte ankreuzen

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | selbständig | mit Anleitung | mit teilweiser  Unterstützung | braucht aktive Hilfe | Bemerkungen/  Hilfsmittel |
| Essen/ Trinken |  |  |  |  |  |
| Atmung |  |  |  |  |  |
| Gehen |  |  |  |  |  |
| Kontinenz |  |  |  |  |  |
| Lagerung |  |  |  |  |  |
| Dekubitus-Prophylaxe |  |  |  |  |  |
| Transfer |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Körperpflege** |  |  |  |  |  |
| An- und ausziehen |  |  |  |  |  |
| Waschen |  |  |  |  |  |
| Duschen/ Baden |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Orientierung** |  |  |  |  |  |
| Persönlich |  |  |  |  |  |
| Zeitlich |  |  |  |  |  |
| Örtlich |  |  |  |  |  |
| Situativ |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Handrollstuhl | Ja | Nein |  |
| Elektrorollstuhl | Ja | Nein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wie ist Ihre Bereitschaft sich in eine Gruppe zu integrieren: Teilnahme an Haussitzung, gemeinsame Essenszeiten, Leben in einer Gruppe? | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie Hobbys, denen sie gerne weiterhin nachgehen möchten? | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie spezielle Erwartungen an uns? | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Was sind Ihre persönlichen Ziele? | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Ihre nächsten Angehörigen/ Interessenvertreter | |
| Name, Vorname |  |
| Adresse, PLZ Ort |  |
| Telefon, Mobile, Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bemerkungen | |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum, Unterschrift |  |

Senden Sie die Anmeldung an: convivo chur

Leitung

Calandastrasse 62A

7000 Chur

info@convivochur.ch