#### 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 teilweiserUnterstützung | 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