

## Anmeldung Gast

Angemeldet  selbständig  von \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Für das Angebot**  Betreutes Wohnen in Familien (BWF)  Tagesstrukturen Landwirtschaft (TSL)  
 Unklar, genauere Abklärung nötig

### Personalien

Name, Vorname			
Geburtsdatum			
AHV/IV Nummer			
Zivilstand			
Kinder / Jg.			
Wohnsitz / Kt. (angemeldet in)			
Aktuelle Postadresse			
Telefon			
E-Mail			
Kranken- und Unfallversicherung			
Haftpflichtversicherung vorhanden	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?	
	<input type="checkbox"/> AHV-	<input type="checkbox"/> IV-	<input type="checkbox"/> EL berechtigt

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.  
Unklarheiten und nicht beantwortete Fragen können auch beim Erstgespräch besprochen werden.  
Möchten Sie Fragen im Vorfeld klären, können Sie uns anrufen oder ein E-Mail schreiben: [info@wobeag.ch](mailto:info@wobeag.ch)

### Wichtige Kontaktpersonen

#### Begleitende / überweisende Institution

Institution	
Name Bezugsperson	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Angehörige / Bekannte**

Name	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Beistand / Beiständin**

Art der Beistandschaft	
Name / Institution	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Rechnungsadresse**

Gleiche Adresse wie Beistand, Beiständin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	bitte ausfüllen:
Name / Institution			
Adresse			
Telefon			
E-Mail			

**Hausarzt, Hausärztin**

Name	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Psychiater, Psychiaterin**

Name	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

**Kontaktperson Arbeitsort**

Name/Firma	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

## Erwartung an die Gastfamilie

---

**Besondere Wünsche (z.B. Haushalt mit Kindern, Region, Haustiere, ...)**

---

**Gewünschte Region:** \_\_\_\_\_

**Gewünschtes Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_

## Bei BWF-Aufenthalt

**Aufenthaltsdauer**     Daueraufenthalt             Wochenenden, Ferien

befristeter Aufenthalt    Dauer: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Tagesstruktur (Mithilfe in der Gastfamilie, externe Tagesstruktur, ...)**

---

## Bei TSL-Aufenthalt

Interesse an längerfristigem Angebot             Interesse an befristetem Angebot

Anzahl Tage pro Woche? \_\_\_\_\_ Stunden pro Aufenthalt     5 Std.     6-7 Std.     8 Std.

**Anreise**     selbständig mit (ÖV, Velo, Töffli)     Fahrdienst notwendig

## Gewünschte Beschäftigung bei einer Tagesstruktur - Gastfamilie

eher im Haus             eher draussen

mit /  ohne Tiere     andere: \_\_\_\_\_

## Ressourcen und Unterstützungsbedarf

### Was beeinträchtigt Sie im Leben?

psychische Erkrankung     geistige Behinderung/Lernschwäche     Suchtproblematik

körperliche Behinderung     soziale Schwierigkeiten     anderes: \_\_\_\_\_

**Diagnosen (sofern bekannt)?**

---

**Medikamente, Therapien, Behandlungen – wenn ja, welche?**

---

**Bestehen Allergien und/oder Unverträglichkeiten – wenn ja, welche?**

---

**Welche Unterstützung bei der Körperpflege brauchen Sie?**

---

**Welche Unterstützung brauchen Sie bei Aufgaben im Alltag (Taschengeld, pers. Einkäufe, Termine, Briefverkehr, ...)**

---

**Welche Stärken haben Sie im Bereich Wohnen (kochen, Wäsche, putzen, Einkaufen, etc.)?**

---

**Haben Sie Einschränkungen im Bereich der Mobilität? (Treppensteigen, Orientierung zeitlich/örtlich, ÖV-Nutzung, Auto fahren, Velo, längere Strecke zu Fuss, ...)**

---

**Wie gestalten Sie Ihre Freizeit? regelmässige Besuche, z.B. an Wochenenden, Ferien, Feiertagen, etc.)**

---

Wie geht es mit anderen Menschen (Kommunikation, Konfliktfähigkeit, Kontaktpflege, Anpassungsfähigkeit)

---

Welche Menschen sind wichtig für Sie?

---

Warum möchten Sie gerne das BWF/ die TSL nutzen?

---

Hier können Sie noch aufschreiben, was wir auch noch wissen sollten

---

Sind folgende Themen in Ihrem Leben bereits vorgekommen?

- |                             |                               |  |       |
|-----------------------------|-------------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Suchtmittelkonsum. Wenn ja, welche Substanzen? | _____ |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Auffälligkeit in der Sexualität                |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Brandstiftung, grobe Sachbeschädigung          |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Misshandlung von Tieren                        |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | akute Selbstgefährdung                         |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | akute Fremdgefährdung / Gewaltbereitschaft     |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Fürsorgereische Unterbringung (FU)             |       |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik     |       |

Bemerkungen

---