

Anmeldung

Anmeldung für WG-InteressentInnen

- Gemeinschaftswohnen Chur
 Ferienaufenthalt

Alle Angaben werden vertraulich behandelt!

Name _____ Vorname _____
Adresse _____ Wohnort _____
Telefon _____ Mobile _____
Geburtsdatum _____
AHV-Nummer 756. _____
Zivilstand _____
Beruf _____
Nationalität _____
Diagnose _____ Diagnose seit _____
Covid Impfung Ja Nein 1x 2x 3x Letzte Impfung: _____
IV Rente seit _____
Krankenkasse _____
Hilflosenentschädigung leicht mittel schwer keine angemeldet am _____
Assistenzbeiträge beantragt bereits Verfügung vorhanden
Jetziger Aufenthaltsort _____
Adresse _____
Telefon _____
Gemeinschaftswohnen Chur Schnupperwohnen 14 Tage anderes
Ferienaufenthalt: 14 Tage 28 Tage anderes

Laufende Therapien (Schulmedizinisch und Alternativmedizinisch)

Gewünschte Therapien (Schulmedizinisch und Alternativmedizinisch)

Anmeldung

Pflege/ Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens bitte ankreuzen

	selbständig	mit Anleitung	mit teilweiser Unterstützung	braucht aktive Hilfe	Bemerkungen/ Hilfsmittel
Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausscheidung/ Kontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dekubitus-Prophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Körperpflege

An- und ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Orientierung

Persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Handrollstuhl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Elektrorollstuhl	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Rollator	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Andere Hilfsmittel	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Nachts Betreuung nötig?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Beistandsurkunde	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Vorsorgeauftrag	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Andere Verfügungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Urteilsfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

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

Anmeldung

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:

Gemeinschaftswohnen Schweiz
Stradun 3, 7432 Zillis
mail@vgws.ch