

1 Personalien

1.1 Daten

Name, Vorname:

Adresse vor Eintritt:

.....

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Steuerrechtlicher
Wohnsitz:

Heimatort:

Kanton/Staat:

Konfession:

AHV/IV-Nr.:

AHV-Zweigstelle:

IV-Stelle:

1.2 Arbeitgeber

Beschäftigungsstätte der Stiftung

VEBO Olten

VEBO Oensingen

andere

Name:

Adresse:

Kontaktperson:

Tel. Nr.:

1.3 Erwerbseinkommen

| | | |
|------------------------|--|-----------|
| Einkommen aus Vermögen | | CHF / Mt. |
| IV-Rente | | CHF / Mt. |
| Unfallrente (SUVA) | | CHF / Mt. |
| Ergänzungsleistung | | CHF / Mt. |
| Hilflosenentschädigung | | CHF / Mt. |
| Übriges Einkommen | | CHF / Mt. |
| Total | | |

1.4 Medikation

| Genauere Bezeichnung des Medikamentes | Einheit | morgens | mittags | abends |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Medikamentenbeschaffung durch:

.....

Bemerkungen (Schwierigkeiten bei der Verabreichung etc.):

.....

.....

.....

.....

.....

Bisheriger Hausarzt:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

Bisheriger Zahnarzt:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

1.5 Rechnungsadresse

Rechnung geht an:

Eltern

Vormund

andere:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

1.6 Korrespondenzadresse

Korrespondenz geht an:

Eltern

Vormund

andere:

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

2 Betreuung/Begleitung

2.1 Hilfestellungen

| Bereich | Bemerkungen |
|--------------|-------------|
| Arzt | |
| | |
| | |
| | |
| Körperpflege | |
| | |
| | |
| | |
| Ernährung | |
| | |
| | |
| | |
| Kleider | |
| | |
| | |
| | |
| Taschengeld | |
| | |
| | |
| | |
| anderes | |
| | |
| | |
| | |

2.2 Sozialbereich

Freundschaft:

.....

.....

.....

.....

Familie:

.....

.....

.....

.....

3 Anamnese

Genogramm:



Legende:



4 Rechtsvertretung

keine
Bevormundung nach Art.
Beistandschaft nach Art.
Weiterführung der elterlichen Sorge

Zuständige Vormundschaftsbehörde in:

Name und Adresse des gesetzlichen Vertreters (falls nicht Eltern):

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. P:

Tel. G:

Mobile:

e-Mail:

5 Versicherungen

Krankenkasse (genaue Adresse der Verwaltung):

.....
.....
.....

Tel.Nr.:

e-Mail:

Unfallversicherung (genaue Adresse der Agentur):

.....
.....
.....

Tel.Nr.:

e-Mail:

Haftpflichtversicherung (genaue Adresse der Agentur):

.....
.....
.....

Tel.Nr.:

e-Mail:

6 Freizeitadresse

Wo kann der Behinderte in der Regel Ferien, Wochenenden und Feiertage verbringen?

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Tel. Nr.:

Bedingungen/Bemerkungen:

.....
.....
.....
.....
.....