

Lindenweg 5
 5616 Meisterschwanden

Tel. 056 676 74 00
 info@gartnerhaus.ch
 www.gartnerhaus.ch

Datum:

1) Persönliche Angaben (zivilrechtlicher Wohnsitz)	
Name:	Vorname:
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Beruf:
Geburtsdatum:	AHV-Nummer: 756.

2) Derzeitiger Aufenthaltsort	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Begleiter:

3) Diagnose			
<input type="checkbox"/> Schizophrenie	<input type="checkbox"/> Borderline	<input type="checkbox"/> Sucht	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Bipolare Störung	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> _____

4) Krisen/Frühwarnzeichen/Ressourcen

5) Medikamente

6) Interesse Arbeitsbereich
<input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Werkstatt <input type="checkbox"/> Gartenbau <input type="checkbox"/> Unterhalt <input type="checkbox"/> Wäscherei <input type="checkbox"/> Blumenladen <input type="checkbox"/> Kreativatelier <input type="checkbox"/> Hausdienst <input type="checkbox"/> Wohnaccessoires

7) Mündigkeit
<input type="checkbox"/> kein Beistand <input type="checkbox"/> Beistand <input type="checkbox"/> umfassender Beistand Beistand (vollständige Adresse, E-Mail, Telefonnummer) _____ _____
Erwartungen an die Stiftung Gärtnerhaus von der Klientin/vom Klienten _____ _____

8) Hilflosenentschädigung			
<input type="checkbox"/> keine HE	<input type="checkbox"/> HE leichten Grades	<input type="checkbox"/> HE mittleren Grades	<input type="checkbox"/> HE schweren Grades

9) Finanzierung/Rechnungsstellung
Versorger/Garant (vollständige Rechnungsanschrift, inkl. Kontaktperson, E-Mail)

10) IV-Rentenentscheid
<input type="checkbox"/> IV-Rente seit _____ (Kopie IV-Verfügung verlangen)
<input type="checkbox"/> IV-Rente angemeldet seit _____ (Kopie IV-Anmeldung verlangen)

11) Folgende Dokumente sind vor Eintritt einzureichen
<input type="checkbox"/> IV-Verfügung / IV-Grundsatz / IV-Antrag
<input type="checkbox"/> Kopie Pass / ID / Ausländerausweis
<input type="checkbox"/> AHV-Ausweis / AHV-Nr.
<input type="checkbox"/> Krankenkassen-Police
<input type="checkbox"/> Kostengutsprache
<input type="checkbox"/> Ernennungsurkunde
<input type="checkbox"/> zivilrechtliche Wohnsitzbestätigung
<input type="checkbox"/> letzte IBB-Einstufung der vorgängigen Institution. IBB WHP: _____ IBB GAP/BSP: _____
Falls nicht vorhanden, erfolgt die IBB-Einschätzung durch die Stiftung Gärtnerhaus.

12) Bemerkungen

Möglicher Eintrittstermin:	Bezugsperson:
Psychiater:	Allg. Mediziner:

Interne Vorkehrungen durch Leiter Wohnbereich	Eintrittstermin	Datum	Visum
1. Kostengutsprache eingeholt		_____	_____
2. Bewilligung BKS eingeholt		_____	_____