|  |
| --- |
| **Datum Gesprächsführung/Teilnehmende MA** |
|  |  |

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

|  |
| --- |
| 1. **Derzeitiger Aufenthaltsort**
 |
| Strasse/Nr.:  | PLZ/Ort:  |
| Telefon:  | Begleiter:in/Funktion:  |

|  |
| --- |
| 1. **Diagnose**
 |
| [ ]  Schizophrenie [ ]  Borderline [ ]  Sucht [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Bipolare Störung [ ]  Depression [ ]  Persönlichkeitsstörung [ ]  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| 1. **Krisen/Frühwarnzeichen/Ressourcen**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Medikamente**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Interesse Arbeitsbereich**
 |
| [ ]  Restaurant [ ]  Werkstatt [ ]  Gartenbau [ ]  Eigenwerk[ ]  Atelier [ ]  Hausdienst [ ]  Wäscherei [ ]  Velokurier |

|  |
| --- |
| 1. **Mündigkeit**
 |
| [ ]  keine Beistandschaft [ ]  Beistandschaft [ ]  umfassende BeistandschaftBeistand/Beiständin (Name, vollständige Adresse, E-Mail, Telefonnummer) |

|  |
| --- |
| 1. **Hilflosenentschädigung**
 |
| [ ]  keine HE [ ]  HE leichten Grades [ ]  HE mittleren Grades [ ]  HE schweren Grades |

|  |
| --- |
| 1. **Finanzierung/Rechnungsstellung**
 |
| Kostenträger:in (vollständige Rechnungsanschrift, inkl. Kontaktperson, E-Mail) |

|  |
| --- |
| 1. **IV-Rentenentscheid**
 |
| [ ]  IV-Rente seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Kopie IV-Verfügung verlangen)[ ]  IV-Rente angemeldet seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Kopie IV-Anmeldung verlangen) |

|  |
| --- |
| 1. **Folgende Dokumente sind vor Eintritt einzureichen**
 |
| [ ]  IV-Verfügung / IV-Grundsatz / IV-Antrag[ ]  Kopie Pass / ID / Ausländerausweis[ ]  Versicherungsausweis AHV/IV[ ]  Krankenkassen-Police[ ]  Kostengutsprache[ ]  Ernennungsurkunde[ ]  zivilrechtliche Wohnsitzbestätigung[ ]  letzte IBB-Einstufung der vorgängigen Institution. IBB WHP: \_\_\_\_\_\_ IBB GAP/BSP: \_\_\_\_\_\_Falls nicht vorhanden, erfolgt die IBB-Einschätzung durch die Stiftung Gärtnerhaus.[ ]  Aktuelle Medikamentenliste inkl. Reservemedikation[ ]  Austrittsberichte / Therapieberichte / Diagnosebericht etc. |

|  |
| --- |
| 1. **Bemerkungen/Erwartungen der Klientin/des Klienten**
 |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Gesprächsverlauf / Getroffene Vereinbarungen während des Vorstellungsgesprächs etc.**
 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mögliches Eintrittsdatum: | Bezugsperson: |
| Psychiater:in: | Allg. Mediziner:in: |