|  |  |
| --- | --- |
| **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 Beistandschaft  Beistand/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: |