|  |  |
| --- | --- |
| **Klienten Daten** | **Passfoto:** |
| **Name** |       |
| **Vorname** |       |
| Eintritt (Datum) |       | Eintritt von       |
| Wohnadresse |       |
| PLZ / Ort / Kanton |       |
| Geschlecht (w/m) |       |
| Geburtsdatum |       |
| Konfession |       |
| Muttersprache |       |
| Nationalität |       |
| Aufenthaltsstatus |       |
| Deutschkenntnisse KlientIn | [ ]  sehr gut | [ ]  mittel | [ ]  Übersetzung nötig |
| Heimatort / Land | Ort:       |
| Land:       |
| Sozialversicherungsnummer (AHV–Nr.) |       |
| Kontoangaben (für allfällige Rückvergütungen) |       |
| Hilflosenentschädigung (HE)/gemäss Einstufung  | [ ]  leicht | [ ]  mittel | [ ]  schwer |
| Art der Massnahme | [ ]  Sonderschule [ ]  Sonderschule/Entlastungstage[ ]  Schulinternat [ ]  Jahresinternat  |
| Sorgerecht  | [ ]  gemeinsam  | [ ]  Mutter | [ ]  Vater |
| Zivilstand Eltern  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **Faktura Adresse** | **Eltern / gesetzliche Vertretung**  |
| Name / Vorname |       |
| Strasse |       |
| PLZ / Ort |       |
| Telefon privat |       |
| Telefon Geschäft |       |
| Natel |       |
| E-Mail  |       |
| Deutschkenntnisse Mutter/Vater | [ ]  sehr gut | [ ]  mittel | [ ]  Übersetzung nötig |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Beistandschaft**  |
| Name / Vorname  |       |
| *Behörde*  |  |
| Strasse |       |
| PLZ / Ort |       |
| Telefon  | Natel:       | Festnetz:       |
| E-Mail  |       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Hausarzt**  |  |
| Name / Vorname |       |
| Strasse |       |
| PLZ/Ort |       |
| Telefon |       |
| E-Mail  |       |
| **Krankenkasse** | **(Bitte Kopie der Krankenkassen-Karte beilegen, Vor- und Rückseite)** |
| KrankenkassePolicennummer |            |
| Sektion  |       |
| **Arztberichte** | Die Eltern verpflichten sich, zeitnah alle Arztberichte ihres Kindes dem Blumenhaus zukommen zu lassen. |

|  |
| --- |
| **Therapien** |
| Verfügung für medizinische Therapien**(bitte bestehende Verfügung beilegen)** | [ ]  Ergotherapiegültig bis:       | [ ]  Physiotherapie gültig bis:       |
| Berichte vorhanden  | [ ]  Ja / [ ]  Nein | [ ]  Ja / [ ]  Nein |
| Andere therapeutische Massnahmen  | [ ]  Ja Welche:       | [ ]  Nein |
| **TherapeutIn** |  |
| Strasse |       |
| PLZ/Ort |       |
| Telefon |       |
| E-Mail  |       |
| Fachbereich |       |
| **TherapeutIn**  |  |
| Strasse |       |
| PLZ/Ort |       |
| Telefon |       |
| E-Mail |       |
| Fachbereich |       |
| **Aktuelle Durchführungsstelle** | **(Heilpädagogische FrüherzieherIn, HeilpädagogIn)** |
| Fachbereich/Durchführungsstelle |       |
| Name / Vorname |       |
| Strasse |       |
| PLZ/Ort |       |
| Telefon |       |
| E-Mail  |       |
| Einverständniserklärung | [ ]  Wir sind damit einverstanden, dass das Blumenhaus bei der aktuellen Durchführungsstelle Informationen über unser Kind einholt (z.B. Schul- oder Therapieberichte). [ ]  Wir möchten nicht, dass das Blumenhaus bei der aktuellen Durchführungsstelle Informationen über unser Kind einholt.  |

|  |
| --- |
| **Beeinträchtigungsform / Medikamente**  |
| Diagnose  |                 |
| Dauermedikation | Morgen | Mittag | Abend | Nacht |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| Notfallmedikation / Reserve |                 |
| **Medizinisches** |
| Allergien |       |
| Epilepsie  |       |
| Erbkrankheiten  |       |
| Weitere Krankheiten  |       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Verhalten** |
| [ ]  FremdaggressionWie:       | [ ]  Autoaggression Wie:       | [ ]  Andere AusdrucksformenWie:       |
| [ ]  AngstzuständeWie:       | [ ]  StereotypenWie:       | [ ]  SexualverhaltenWie:       |
| [ ]  Besondere Verhaltensweise (ASS Autismus Spektrum Störung)Wie:       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |                 |
| **Unterstützung / Körperpflege**  |
| [ ]  Selbständig  | **Braucht Unterstützung bei**[ ]  Duschen, Baden [ ]  Ohren-, Nagelpflege[ ]  Kämmen, Haare waschen [ ]  Intimpflege[ ]  Zahnreinigung [ ]  Weitere:       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |                 |
| **Unterstützung / Toilettengang / Ausscheidung** |
| [ ]  Selbständig  | **Braucht Unterstützung**[ ]  Uringang [ ]  Stuhlgang [ ]  *Trägt Windeln am Tag* [ ]  *Trägt Windeln in der Nacht*[ ]  *Trägt Einlagen* [ ]  *Katheter****(Bitte bestehende Verfügung beilegen)*** |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Unterstützung in der Nacht (das Blumenhaus bietet Pikett an, keine Nachtwache)** |
| [ ]  Selbständig  | **Braucht Unterstützung** [ ]  Beim Zubettgehen [ ]  Beim Einschlafritual[ ]  Muss fixiert werden (FBM) [ ]  Lagerung/Umlagerung |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Kleidung**  |
| [ ]  Selbständig | **Braucht Hilfe**[ ]  Beim An- und Ausziehen [ ]  Bei der Kleiderwahl |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Sprache / Kommunikation / Unterstützte Kommunikation**  |
| **Körpereigene Kommunikation** | **Symbolische Kommunikation** | **Elektronische Kommunikationshilfe** |
| [ ]  Lautsprache verständlich[ ]  Lautsprache mit Interpretation[ ]  Gebärden Welche:      [ ]  Laute[ ]  Andere:       | [ ]  PiktogrammeWelche:      [ ]  Fotos[ ]  Gegenstände[ ]  Andere:       | [ ]  iPad seit      [ ]  Tablet seit      [ ]  Talker seit      [ ]  Taster seit      [ ]  Welche Software:     [ ]  Andere:       |
| Wer versteht die Person am besten? |       |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Gehör** |
| [ ]  Orientierung normales Gehör[ ]  Hörgerät*[ ]  links /* *[ ]  rechts* | [ ]  Gehörlosigkeit *[ ]  links /* *[ ]  rechts* [ ]  Gehörverhalten nicht eindeutig (Interpretationsbereich) |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Sehen** |
| [ ]  Normales Sehverhalten [ ]  BrillenträgerIn[ ]  KontaktlinsenträgerIn[ ]  Farbenblind | [ ]  Eingeschränktes Sehverhalten [ ]  *links /* *[ ]  rechts*[ ]  Vollumfassende Sehbeeinträchtigung [ ]  Sehverhalten nicht eindeutig (Interpretationsbereich) |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Essen**  |
| [ ]  Isst selbständig[ ]  Isst püriert[ ]  Isst haschiert[ ]  Magensonde [ ]  Hat Diabetes  | **Braucht Unterstützung beim**[ ]  Essen [ ]  Trinken [ ]  Portionieren |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Mobilität / Hilfsmittel / Rollstuhl usw.** |
| [ ]  Kann gehen[ ]  Kann Treppensteigen  | **Hilfsmittel** [ ]  Stöcke[ ]  Rollator[ ]  Rollstuhl [ ]  Elektrorollstuhl | [ ]  Kann selber aufstehen und absitzen |
| Weglaufrisiko? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Freiheitsbeschränkende Massnahmen notwendig? | [ ]  JaWelche:       | [ ]  Nein |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |
| **Weitere Angaben** |
| Ergänzungen/Bemerkungen |       |

**Ort / Datum:**

**Unterschrift der Eltern:**