|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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)** | | | |
| Krankenkasse  Policennummer |  | | | |
| 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)** | Ergotherapie  gültig 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** | | | | | |
| Fremdaggression  Wie: | | Autoaggression  Wie: | | Andere Ausdrucksformen  Wie: | |
| Angstzustände  Wie: | | Stereotypen  Wie: | | Sexualverhalten  Wie: | |
| 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: | | Piktogramme Welche:  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? | | Ja  Welche: | | Nein | |
| Ergänzungen/Bemerkungen | |  | | | |
| **Weitere Angaben** | | | | | |
| Ergänzungen/Bemerkungen |  | | | | |

**Ort / Datum:**

**Unterschrift der Eltern:**