

Anmeldeformular AmBeWo

Personalien:

Name und Vorname: _____
Meldeadresse: _____
Heimatort: _____
Geburtsdatum: _____
Zivilstand: _____
Notfallkontakt(Funktion/Name/Tel.) _____
SVA (ehemals AHV)-Nr.: _____
Telefonnummer: _____
E-Mail: _____
Krankenkasse/Policen-Nummer: _____
Unfalleinschluss: _____
Privathaftpflichtversicherung: _____

Gesetzliche Vertretung:

☐ Vormundschaft ☐ Beistand ☐ Selbständig
Falls Vormundschaft oder Beistand Adresse: _____

Angaben zur Invalidität:

☐ nicht invalid
☐ IV-Rente > % ☐ IV-Rente in Abklärung seit
☐ IV Berufliche Massnahme (in Abklärung)
IV- Vorbescheid vorhanden: ☐ nein ☐ ja
Hilflosenentschädigung: ☐ nein ☐ ja
☐ IHP-Stufe vorhanden? ☐ nein ☐ ja Stufe: _____

Kostenträger:

☐ IV/EL ☐ Sozialdienst ☐ Andere
Adresse für Einreichung Kostengutsprache: _____

Besteht eine ambulante psychiatrische Behandlung?

☐ ja ☐ nein

Falls Ja, Adresse Therapeut*in/Psychiater*in: _____

Diagnose(n)?

Medikamente (Bezeichnung nach Rezept/Dosierung)

Selbstständige Einnahme?

☐ ja ☐ nein

Konsumieren Sie Drogen? (Welche? Häufigkeit des Konsums?)

Besteht die Gefahr von Selbst- oder Fremdverletzung?

☐ ja ☐ nein

Ziele und Motivation für das AmBeWo?

Momentane Situation / Schwierigkeiten (Wie schätzen Sie Ihre momentane Situation ein?)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____