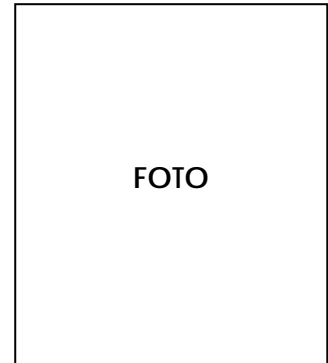


Stiftung Tannacker Moosseedorf

Wohnen und Arbeiten für Menschen mit einer Behinderung

Anmeldeformular

Das Anmeldeformular kann aus Datenschutz-Gründen nicht per Internet gesendet werden. Das Formular nach dem Ausdrucken ausfüllen und an folgende Adresse zurücksenden:



Stiftung Tannacker
Tannackerstrasse 9
3302 Moosseedorf

für
Name: _____ Vorname: _____
Geb. Datum: _____ Heimatort: _____
AHV-Nr.: _____

Internat:
Externat:
Gewünschtes Eintrittsdatum: _____

Angaben zur Behinderung:

Kontaktperson für Rückfragen:

Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____

Familie:

Vater:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Zivilstand: _____

Beruf: _____

Adresse _____

Telefon: _____

Mutter:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.datum: _____

Zivilstand: _____

Beruf: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Geschwister:

Name: _____

Adresse: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Name: _____

Adresse: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Name: _____

Adresse: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Wo können freie Wochenenden allenfalls verbracht werden?

Name: _____

Adresse: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Bisherige Platzierungen, Schulen und Eingliederungsmassnahmen

Wo?	von	bis	bei wem?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Zuständiger Arzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Seit wann? _____

Aktuelle Medikation:

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Verordnet durch
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Welche Hilfsmittel werden benötigt (z.B. Gehilfen, Rollstuhl, Korsett, Schienen, Esshilfen, Spezial- WC, Kommunikationshilfen):

Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl)	dauernd	teilweise
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selbständigkeit im Alltag:

Hilfestellungen?	ja	nein	wenn ja, welche?
Essen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trinken _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperpflege _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
An-/Auskleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Toilette _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Invalidenversicherung:

Ordentliche Rente Fr. _____

Hilflosenentschädigung Fr. _____

Grad...

Ergänzungsleistung Fr. _____

Total Fr. _____

Krankenkasse:

Name der Krankenkasse: _____

Sektion: _____ Mitgliedsnummer: _____

Adresse: _____

Weitere Angaben:

Ort und Datum:

Unterschrift: