zwak

Spezialist für Alltagsbewältigung

Angaben zur Person

Name / Vorname	.....
Geburtsdatum	.....
Handynummer	.....
Adresse /	.....
Zivilrechtlicher Wohnsitz	.....
Heimatort / Heimatland / Religion	.....
Diagnosen	.....
Medikamente	.....
	.....
Arbeitgeber / Ausbildung / Schule	.....
Aktuelle Tagestruktur	.....
Gewünschtes Eintrittsdatum	.....
Aktueller Aufenthaltsort	.....
Zuweisende Institution	.....
Zuständige Person	.....
Telefon / Fax	.....
E-Mail	.....
Pflegerische Bezugsperson	.....
Kostenträger	.....
Zuständige Person	.....
Telefon / Fax	.....
E-Mail	.....
Beistand	Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, was für eine	☐ Umfassende Beistandschaft ☐ Vertretungsbeistandschaft
	☐ Mitwirkungsbeistandschaft ☐ Begleitbeistandschaft

IV-Rente beantrag Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen .....

Vorstrafen / Haftstrafen Ja ☐ Nein ☐

Offene Bussen / laufende Massnahmen Ja ☐ Nein ☐

Ich leide unter ansteckenden Krankheiten Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche .....

Ich konsumiere Alkohol Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, wie häufig .....

Ich konsumiere sonstige Substanzen Ja ☐ Nein ☐

Wenn Ja, welche / wie häufig .....

Hausarzt (Name / Telefon) .....

Sozialarbeiter in der Klinik (Name / Telefon) .....

Psychiater (Name / Telefon) .....

Spezielle Vereinbarungen .....

.....

Weitere wichtige Informationen .....

.....

.....

Welcher Standort wurde besichtigt? .....

Ort / Datum .....

Unterschrift .....

Interessent ZWAK Zürcher Wohn- und Arbeitskoordinations AG

Einzug wo erfolgt? .....