



ANMELDEFORMULAR: ERGÄNZENDER TEIL

Personalien

Name _____

Vorname _____

Aufenthalt seit der Geburt

(Zeitlicher Ablauf, Angaben der Familie, Betreuungsorte, Heime)

von	bis	Ort
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Schulischer / beruflicher Werdegang

Kindergarten, Schule, etc.

von	bis	Ort
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Erwachseneninstitutionen, Arbeitsplätze, etc.

von	bis	Ort
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Stärken, Vorlieben, Hobbies, etc.

Kommunikation / Sprachverständnis

- Wie ist das Sprachverständnis? gut mittel schlecht
- Wie ist die Sprache? gut teilw. verständlich schlecht
- Benutzt er/sie ein Kommunikations-Hilfsmittel? ja nein
wenn ja, welches? _____
- Kann er/sie lesen? ja einige Wörter nein
- Kann er/sie Piktogramme oder Fotos lesen? ja nein

Verhalten

- Wie verhält er/sie sich gegenüber anderen Menschen und in Gruppen? _____

- Ist er/sie meistens ruhig unruhig stark erregt
- Wie äussert sich die Erregbarkeit? _____
- Äussert er/sie in Aggressionen? ja nein
wenn ja, wie? _____
- Anderes/Besonderes: _____

Körperhygiene

- Kann er/sie sich an- und ausziehen? ja, selbständig mit Hilfestellung
- Kann er/sie sich waschen? ja, selbständig mit Hilfestellung
- Meldet er/sie sich für das WC? ja manchmal nein
- Nässt er/sie ein? ja manchmal nein
wenn ja: tagsüber nachtsüber
- Braucht er/sie Hilfsmittel für die Körperhygiene ja nein
wenn ja, welche? _____
- Ist er/sie auf eine spezielle Diät angewiesen? ja nein
wenn ja, welche? _____

Arbeitskompetenzen:

- Welche Tätigkeiten macht er/ sie gerne? _____

- Welche Tätigkeiten macht er/ sie NICHT gerne? _____

- Kann er/sie einzelne Tätigkeiten alleine ausführen?
Wenn ja, welche? _____
- Ist er/sie auf Strukturierungshilfen (TEEACH) angewiesen? ja nein
Wenn ja, welche Hilfsmittel sind ihm/ihr bekannt? _____

Medizinische Fragen

- Hört er/sie gut? ja nein
Wenn nein, wie? Hilfsmittel? _____
- Sieht er/sie gut? ja nein
Wenn nein, wie? Hilfsmittel? _____
- Hat er/sie Allergien (Lebensmittel, Tiere, Natur, etc.)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen körperliche Gebrechen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Bestehen Wahrnehmungsprobleme? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Leidet er/sie unter Anfällen (Epilepsie u.a.) ja nein
Wenn ja, wie oft? täglich wöchentlich monatlich
Wie zeigen sich die Anfälle? _____
- Hat er/sie eine ansteckend Krankheiten? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Medizinische Diagnosen und regelmässige Medikamente

Diagnosen

Medikamente / Dosierung

Bisherige psychologische, psychiatrische und medizinische Abklärungen

Jahr

Adresse

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Aktuelle Therapien, spezielle Förderung

Ort, Datum

Unterschrift gesetzliche Vertretung

Unterschrift Bewerberin / Bewerber
