

**1. Zur Person**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße Nr. \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_  
PLZ. Ort \_\_\_\_\_ Kundennummer \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Kundennummer KT \_\_\_\_\_

**2. Angaben für die Personalbuchhaltung**

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Staatsang. \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_  
Familienstand \_\_\_\_\_ Kinderzahl \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_ Steuerklasse \_\_\_\_\_  
Steuer Ident Nr. \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_  
Kontoinhaber, wenn abweichend: \_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**3. Planung (wird von der Werkstatt ausgefüllt)**

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_  
Befristung \_\_\_\_\_  
Werkstatt \_\_\_\_\_  
Gruppe \_\_\_\_\_  
Maßnahmenart \_\_\_\_\_  
Leistungsträger \_\_\_\_\_  
Bezüge \_\_\_\_\_  
Sozialdienst \_\_\_\_\_

**4. Kontaktperson (auch für Notfälle)**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
PLZ. Ort \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**Verteiler (für die Verwaltung)**

Anmeldung Rudolf-Diesel-Str

 Seite 1

Personalakte

 **Gesamtes Dokument**

### 5. Gesetzliche Betreuung

Besteht eine gesetzliche Betreuung?    nein     ja     wenn ja, Kontaktdaten:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße Nr. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

PLZ. Ort \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Wirkungskreise:     Aufenthaltsbestimmung     Gesundheitsorge     Wohnungsangelegenheit

Entgegennahme und Öffnen der Post     Behördenangelegenheiten     Vermögenssorge

Sonstige: \_\_\_\_\_  Einwilligungsvorbehalt für \_\_\_\_\_

befristet bis \_\_\_\_\_  ist geplant \_\_\_\_\_

### 6. Gesundheitsdaten

Hausärztin/Hausarzt

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße Nr. \_\_\_\_\_ PLZ. Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Diagnose/Art der Behinderung: «Kunde\_Behinderung»

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen (z.B. Herz/Diabetes)    nein     ja, folgende

Erläuterungen:

Anfallsleiden<sup>1</sup>    nein     ja \_\_\_\_\_

Selbst oder fremdgefährdende Verhaltensweisen    nein     ja \_\_\_\_\_

Weglauftendenzen    nein     ja \_\_\_\_\_

Rollstuhlfahrer    nein     ja \_\_\_\_\_

Behandlungspflege    nein     ja \_\_\_\_\_

Sturzgefahr    nein     ja \_\_\_\_\_

Allergien    nein     ja \_\_\_\_\_

Einschränkung im Hör- und/oder Sehvermögen    nein     ja \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Falls „ja“, bitte Art und Häufigkeit inkl. letzter Anfall und ggf. einzuleitende Maßnahmen angeben

Nehmen Sie ständig Medikamente? nein ja

**Werden Medikamente eingenommen, deren Nebenwirkung folgende Tätigkeiten beeinflussen, bzw. von denen wir wissen müssen?**

Einschränkung der Maschinentätigkeit nein ja

Benutzung von Leitern und Tritte nein ja

Blutverdünner nein ja

nein ja

**Müssen Medikamente (ggf. auch im Bedarfsfall) durch die WfbM vergeben werden?** nein ja:

**Sollten es notwendig sein, dass Medikamente durch Mitarbeiter der WfbM vergeben werden, brauchen wir aus rechtlichen Gründen die beiliegende Einverständniserklärung Medikamentengabe (730.01.03)**

**! Wichtig !** Die Medikamente werden nur vergeben, wenn eine ärztliche Verordnung/Rezept vorliegt und die Medikamente in Originalverpackung/Bliester mit Beipackzettel mitgegeben werden. Bei Notfallmedikamente/Bedarfsmedikamenten hat die ärztliche Verordnung konkrete Anweisungen dazu enthalten, bei welchen Symptomen dieses zu vergeben ist.

### 7. Unterstützungsbedarf

Pflegerischer Bedarf	Selbstständig	Anleitung	Unterstützung	Besonderheiten
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Körperpflege/ Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

### 8. Organisatorisches

Schwerbehindertenausweis vorhanden? nein ja GdB: GdB

Wertmarke vorhanden? nein ja

Können, dürfen Sie schwimmen nein ja

Wenn ja, Abzeichen:  Seepferdchen  Bronze  Silber  Gold

Benötigte Hilfsmittel bei körperlicher Beeinträchtigung \_\_\_\_\_

Schuhgröße für Arbeitssicherheitsschuhe \_\_\_\_\_

Sonderanfertigung notwendig? nein ja \_\_\_\_\_

Med. Einlagen notwendig? nein ja \_\_\_\_\_

Darf Gelände alleine verlassen nein ja \_\_\_\_\_

**Wenn Sie bestätigen, dass Sie das Gelände selbständig verlassen dürfen, gehen wir von allgemeiner Verkehrssicherheit aus. Grundsätzlich müssen Sie die Fahrt zur Werkstatt und zurück selbst regeln. Sollte es Schwierigkeiten geben, können Sie uns ansprechen.**

**9. Bisheriger schulischer-/beruflicher Werdegang** (Schulabschluss, Ausbildungen, Maßnahmen, Praktika, Arbeits- und Berufserfahrungen,...)

### 10. Weitere Informationen, die wir wissen müssen

(z.B. besonderer Ernährungs-, Pflege- oder Betreuungsbedarf)

**11.** Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten im Notfall an Rettungskräfte weiter gegeben werden ja nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuer