

Anmeldung Heilpädagogische Schule und Wohnen

Heilpädagogische Schule

Heilpädagogische Schule **und** Wohnen

Eintritt: _____

Austritt: _____

Personalien	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Wohnort:
Heimatort:	IV- Nummer:
Konfession/Religion:	Getauft am:
1. Kommunion:	Firmung:
Konfirmation:	
Krankenkasse: Mitglied Nr.:	Sektion:
Unfallversicherung:	Sektion:
Haftpflichtversicherung:	Sektion:



Familienangaben	
Vater	Mutter
Name	Name
Vorname	Vorname
Beruf	Beruf
Strasse	Strasse
PLZ Wohnort	PLZ Wohnort
Telefon P	Telefon P
Telefon G	Telefon G
Natel	Natel
E-Mail	E-Mail
Jahrgang	Jahrgang
Zivilstand	Zivilstand
Muttersprache	Muttersprache
Deutschkenntnisse	Deutschkenntnisse
In der Schweiz seit (bei Ausländern)	
Sorgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgerecht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vormund / Beistand / gesetzlicher Vertreter	
Vormund/ Vormundin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beistand/ Beiständin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name _____	Name _____
Adresse _____	Adresse _____

**Im Notfall
benachrichtigen**

Geschwister	
Vorname	Jahrgang
Vorname	Jahrgang
Vorname	Jahrgang
Vorname	Jahrgang

Art der Behinderung / Diagnose

Medikamente und Medizinische Betreuung
Haben Sie spezielle Wünsche oder weitere Hinweise bezüglich der medizinischen Betreuung allgemein?

Bisherige medizinische Betreuung (Spitalaufenthalte, Ärzte, Physio- Ergotherapie)		
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	

Bisherige Aufenthalte / bisherige Schulung (Familie, Institutionen, Lehrkräfte)		
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	
	von / bis	

Aktueller Entwicklungsstand		
<input type="checkbox"/> geht selbständig	<input type="checkbox"/> geht mit Hilfe	<input type="checkbox"/> braucht Rollstuhl
<input type="checkbox"/> tagsüber trocken	<input type="checkbox"/> nässt nachts	<input type="checkbox"/> nässt Tag und Nacht
<input type="checkbox"/> isst selbständig	<input type="checkbox"/> isst mit Hilfe	<input type="checkbox"/> isst nicht selber
<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> pürierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
<input type="checkbox"/> zieht sich selber an/aus	<input type="checkbox"/> zieht sich mit Hilfe an/aus	<input type="checkbox"/> muss an- /ausgezogen werden
<input type="checkbox"/> spricht verständlich	<input type="checkbox"/> spricht unverständlich	<input type="checkbox"/> spricht nicht
<input type="checkbox"/> spielt alleine	<input type="checkbox"/> spielt unter Anleitung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> eher passiv

Hilfsmittel		
<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Lagerungskissen	<input type="checkbox"/> Buggy
<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Spezialschuhe
<input type="checkbox"/> Orthese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV- Verfügungen	
Hilflosenentschädigung	<input type="checkbox"/> keine Hilflosenentschädigung
	<input type="checkbox"/> leichten Grades
	<input type="checkbox"/> mittleren Grades
	<input type="checkbox"/> schweren Grades
andere	<input type="checkbox"/> _____

Bemerkungen

Abklärung / Information		
Eine Abklärung beim Schulpsychologischen Dienst (SPD) hat stattgefunden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Schulpflege / Schulleitung unserer Gemeinde wurde von uns informiert (Die Schulpflege ist einweisende Behörde)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters / der gesetzlichen Vertreterin: _____

Der Anmeldung ist beizulegen:

- IV-Verfügungen (Kopien)
- Kostengutsprache oder ärztliche Verordnung für Physio-/Ergotherapie (wenn vorhanden)
- Schulberichte
- Therapieberichte
- Arztberichte
- Zuweisungsbericht Schulpsychologischer Dienst
- Foto
- Bericht Früherziehung
-

Vollmacht

Der / die Unterzeichnende ermächtigt die St. Josef-Stiftung alle für den Eintritt notwendigen Auskünfte und Berichte bei anderen Fachstellen (Schulpflege, Schulleitungen, Ärzten, Spitälern, Soziale Amts- und Beratungsstellen, Invalidenversicherung usw.) einzuholen.

Die St. Josef-Stiftung verpflichtet sich, solche Auskünfte streng vertraulich zu behandeln.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Eltern /
gesetzlicher Vertreter: _____

Oktober 2012/sr