

Name:	<input type="text"/>	Aktuelles Datum:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	AHV-Nr. / Soz. Vers. Nr.	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Geb.- Datum:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Tel. Nr. Mobil:	<input type="text"/>

Heimatausweis deponiert in:	<input type="text"/>	Heimatort:	<input type="text"/>
Wochenaufenthalter:	<input type="text"/>	Nationalität:	<input type="text"/>
Kinder:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Kollektiv Haftpflicht:	<input type="text"/>	Haftpflicht inkl. Nr.:	<input type="text"/>
Krankenkasse inkl. Nr.:	<input type="text"/>	Vorheriger Wohnort:	<input type="text"/>
SBB Abo:	<input type="text"/>	Beistandschaft:	<input type="text"/>
Ergänzungsleistungen:	<input type="text"/>		

Aufenthalts- status:	<input type="checkbox"/> Bewohner IV Rentner	<input type="checkbox"/> Bewohner IV Massnahme	<input type="checkbox"/> Abklärung IV Massnahme	<input type="checkbox"/> Schnuppern IV Massnahme	<input type="checkbox"/> Andere <input type="text"/>
Datum Aufenthalt:	<input type="text"/>				
Ziele / Abmachungen	<input type="text"/>				

Behinderung / Diagnose:	<input type="text"/>
Medikamente / Therapien:	<input type="text"/>
Allergien:	<input type="text"/>

Arbeitgeber / Adresse	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Eltern / gesetzli- che Vertretung:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Wichtiger Kontakt:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Wichtiger Kontakt:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Wichtiger Kontakt:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Wichtiger Kontakt:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel. Nr.:	<input type="text"/>	Mail:	<input type="text"/>

Sonstiges: (Weckdienst, Umgang mit Medien...)	<input type="text"/>
--	----------------------