



Selbsteinschätzung Individueller Betreuungsbedarf

Wohnen: psychische Behinderung / Sucht-behinderung



Selbst-ein-schätzung Indi-vidu-eller Betreuungs-bedarf: **Wohnen.**

- **Psychische Behinderung.**
- **Sucht-behinderung.**

	Datum.
Wann haben Sie die Selbst-ein-schätzung gemacht?	

	Vorname.	Nachname.
Ihr Name.		

Ihr Geburts-datum.	
--------------------	--

Nummer von der Sozial-ver-sicherung.	
--------------------------------------	--

Hilft eine Person beim Ausfüllen vom Fragebogen?	
Vorname und Name.	
Telefon-nummer.	

Brauchen Sie Hilfs-mittel beim Ausfüllen? Dann machen Sie rechts ein Kreuz. _____ ▾	
Bilder.	
Gebärden-sprache.	
Sprach-computer.	
Anderes Hilfs-mittel?	Welches:

Bei welcher Insti-tution ist das Angebot?	
---	--

Mit meiner Unter-schrift erkläre ich:

- Ich habe den Fragebogen ausgefüllt.
- Alle Angaben sind richtig.
- Ich habe **nichts** weg-gelassen.

Damit bin ich ein-verstanden:

- **Andere Personen** dürfen den Fragebogen lesen.
- Die **FAS** darf den Fragebogen an **andere Personen** weiter-geben.

Unter-schrift. _____

(oder Unter-schrift vom Beistand.)

Andere Personen:

- Zum Beispiel:
- Weitere Fach-personen.
- Betreuende Personen aus Ihrer Familie.
- Ihr Beistand.

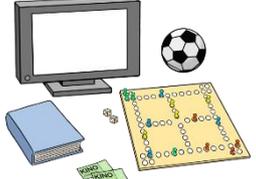
FAS:

FAS ist die Abkürzung für Fachliche Abklärungs-stelle. Die FAS ist für Menschen mit Be-hinderung.

Die FAS prüft:

- Welche Unter-stützung braucht der Mensch mit Be-hinderung?
- Wie viel Geld bekommt dieser Mensch für die Unter-stützung?

Darum geht es in dem Fragebogen:

		Pflege und Ernährung
		Kleidung und Fort-bewegung
		Alltag und Freizeit
		Sicherheit
		Umgang mit Problemen

1. Pflege und Ernährung.

1.1. Medikamente einnehmen.

Vielleicht brauchen Sie Unterstützung bei Ihren Medikamenten.

Dafür stellen wir Ihnen 2 Fragen.

Zuerst müssen wir wissen:

a) Soll jemand kontrollieren:

Nehmen Sie Ihre Medikamente?

Vielleicht müssen Sie regelmäßig Medikamente nehmen.

Sie vergessen manchmal Ihre Medikamente?

Dann brauchen Sie Unterstützung dabei.

Jemand schaut zum Beispiel:

Nehmen Sie Ihre Medikamente?

Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegentlich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regelmässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	--	---	---	---

Pflege und Ernährung

b) Soll Ihnen jemand erklären:

Deshalb nehmen Sie Ihre Medikamente?

Vielleicht hat Ihnen der Arzt wichtige Medikamente verschrieben.

Aber Sie wollen die Medikamente **nicht** nehmen.

Oder etwas hat sich geändert:

Vielleicht müssen Sie andere Medikamente einnehmen.

Und Sie wissen **nicht**:

- Wie oft muss ich die Medikamente nehmen?
- Wie viel Medikamente muss ich nehmen?

Dann brauchen Sie Unterstützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand erklärt Ihnen:
Deshalb müssen Sie Ihre Medikamente nehmen.
Dafür sind die Medikamente gut.
- Jemand erklärt Ihnen:
So müssen Sie Ihre Medikamente nehmen.



Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegentlich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regelmässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	--	---	---	---

Pflege und Ernährung

1.2. Gespräche über Ihre Gesundheit mit anderen Menschen.

Sie müssen immer wieder mit anderen Menschen über Ihre Gesundheit sprechen.

Zum Beispiel:

- Mit dem Arzt.
- Mit Ihrem Therapeuten.
- Mit Ihrem Psychiater.
- Mit Ihrem Arbeit-geber.

In den Gesprächen geht es um Ihre Gesundheit.

Oder es geht um Ihre Ernährung.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand bereitet mit Ihnen das Gespräch vor.
- Jemand begleitet Sie beim Gespräch.
- Jemand merkt sich:
 - Das wird besprochen.
 - Diese Abmachungen gibt es.
- Vielleicht können Sie wegen Ihrer Krankheit **nicht** gut arbeiten.



Oder Sie müssen bei der Arbeit Medikamente nehmen.

Dann sagt jemand dem Personal von der Tages-struktur:

Das muss man über Ihre Gesundheit wissen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Pflege und Ernährung

1.3. Körper-pflege, besondere medi-zinische Pflege und Ernährung.

Körper-pflege:

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung bei der Körper-pflege.

Zum Beispiel:

- Beim Zähne-putzen.
- Beim Duschen.
- Bei der Haut-pflege.
- Wenn Sie aufs WC müssen.



Oder vielleicht haben Sie das Gefühl:

Andere Leute stören sich an Ihnen.

Die Leute finden vielleicht:

Sie riechen **nicht** gut.

Sie sind komisch angezogen.

Dann erklärt jemand Ihnen:

So oft müssen Sie sich waschen.

Diese Kleider sollen Sie anziehen.

Medi-zinische Pflege:

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung bei der medi-zinischen Pflege.

Zum Beispiel:

- Jemand hilft Ihnen beim Spritzen von **Insulin**.
- Jemand misst Ihren Blut-druck.
- Jemand richtet ein Atem-gerät für Sie ein.
- Sie haben Epilepsie?
Dann versorgt jemand Sie nach einem Anfall.
- Jemand behandelt Ihre Wunden.
- Sie machen eine Physio-therapie?
Jemand hilft Ihnen jemand bei den Übungen.

Insulin:

Insulin ist ein Medikament.
Sie haben Diabetes?
Diabetes wird auch
„Zucker-krankheit“ genannt.
Dann müssen Sie sich
Insulin spritzen.

Pflege und Ernährung

Ernährung:

Vielleicht hat Ihr Arzt gesagt:

- Darauf müssen Sie beim Essen achten.
- So viel sollen Sie essen.
- Sie dürfen bestimmte Sachen **nicht** essen.

Dann erinnert Sie jemand daran.

Und Sie vergessen es **nicht**.

Vielleicht brauchen Sie Unterstützung beim Essen und Trinken.

Zum Beispiel:

- Jemand gibt Ihnen zu trinken.
- Jemand gibt Ihnen zu essen.



Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung:

- bei der Körper-pflege?
- Bei der medi-zinischen Pflege?
- bei der Ernährung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

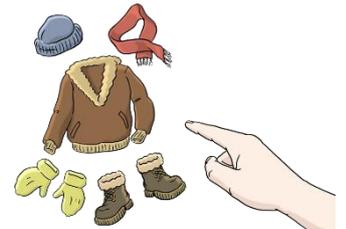
2. Kleidung und Fort-bewegung.

2.1. Kleider anlegen, Weg zur Arbeit und Weg zum Amt.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung beim Anlegen von Ihren Kleidern.

Zum Beispiel:

- Jemand stellt Ihnen Ihre Kleider zusammen.
- Jemand zeigt Ihnen:
 - So können Sie selbst-ständig Ihre Kleider anlegen und ablegen.
- Jemand hilft Ihnen beim Anlegen von Ihren Kleidern.
- Oder jemand hilft Ihnen beim Anlegen von Hilfs-mitteln.
 - Ein Hilfs-mittel ist zum Beispiel eine Arm-schiene.
- Jemand bespricht mit Ihnen:
 - Diese Kleider sind richtig für das Wetter.
 - Diese Kleider passen gut zusammen.



Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung draussen bei der Fort-bewegung.

Zum Beispiel:

- Jemand begleitet Sie zur Tages-struktur.
- Jemand begleitet Sie zum Amt.
- Jemand begleitet Sie in den Ausgang.
- Jemand begleitet Sie in Tram und Bus.
- Jemand passt auf Sie auf.
 - Dann laufen Sie **nicht** weg.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

3. Alltag und Freizeit.

3.1. Unter-stützung bei den Aufgaben im Alltag.

Aufgaben im Alltag sind zum Beispiel:

- Einkaufen.
- Kochen und die Küche aufräumen.
- Die Wohnung putzen und Wäsche waschen.



Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand erledigt etwas mit Ihnen.
- Jemand gibt Ihnen Tipps.
- Jemand zeigt Ihnen:
So können Sie die Aufgaben selbst erledigen.
Dann können Sie selbst-ständiger werden.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

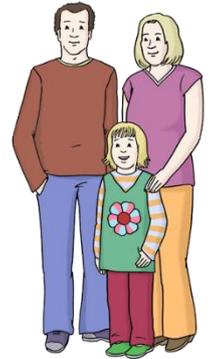
Alltag und Freizeit

3.2. Umgang mit Familie, Freunden und Nachbarn.

Sie wollen sich mit den Menschen in Ihrem nahen Umfeld wohlfühlen.

Zum Beispiel:

- Mit Ihrem Partner oder Ihrer Partnerin.
- Mit Ihren Kindern.
- Mit Bekannten.
- Mit Freunden.
- Mit Nachbarn.
- Mit Ihren Kollegen in der Tages-struktur.



Vielleicht brauchen Sie Unterstützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand berät Sie bei Problemen mit Ihrem Partner.
- Jemand gibt Ihnen Tipps für die Erziehung von Ihren Kindern.
- Jemand hilft Ihnen.
 - Dann können Sie besser auf Menschen zugehen.
 - Sie können Menschen kennen-lernen.

Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Alltag und Freizeit

3.3. Planung von Zielen.

Hier geht es darum:

Welche Ziele möchten Sie im nächsten Jahr erreichen?

Dabei muss man schauen:

Welche Ziele **können** Sie überhaupt erreichen?

Zum Beispiel:

Sie wollen kochen lernen.

Können Sie dieses Ziel in einem Jahr erreichen?

Sie müssen Ihre Ziele genau aufschreiben.

Und Sie müssen schauen:

Was muss ich dafür tun?

Zum Beispiel:

Wer bringt mir das Kochen bei?



Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand spricht mit Ihnen über Ihre Wünsche.
- Jemand erinnert Sie daran:

„Dieses Ziel haben wir vereinbart.“

Dann vergessen Sie Ihr Ziel **nicht**.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Alltag und Freizeit

3.4. Unter-stützung bei der Freizeit.

Sie wollen selber etwas in Ihrer Freizeit unter-nehmen?

Dann brauchen Sie vielleicht Unter-stützung dabei.

Was gehört zur Freizeit?

Zum Beispiel:

- Hobbys.
- Sport.
- Sie sind in einem Verein.
- Entspannung und Erholung.
- Theater oder Kino.



Vielleicht brauchen Sie dabei Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand sucht mit Ihnen Ideen.
- Jemand überlegt mit Ihnen:
Was können Sie in Ihrer Freizeit machen?
- Jemand begleitet Sie.
- Jemand plant mit Ihnen einen Ausflug.
- Jemand gibt Ihnen Tipps.

Dann können Sie selbst-ständig etwas unter-nehmen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Alltag und Freizeit

3.5. Organi-sation im Alltag.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung beim Umgang mit Geld.

Oder Sie brauchen Unter-stützung mit Briefen an Ämter.

Oder bei der Organi-sation von Terminen.

Zum Beispiel:

- Jemand hilft Ihnen mit den Rechnungen.
- Jemand schreibt für Sie einen Brief an das Sozial-amt.
- Sie haben Schulden?

Dann berät Sie jemand:

So können Sie Ihre Schulden zurück-bezahlen.

- Jemand hilft Ihnen bei der Organi-sation von Terminen.
Dann vergessen Sie die Termine **nicht**.
- Jemand hilft Ihnen bei der Verwaltung von Ihrem Konto.
- Jemand zeigt Ihnen:

So können Sie Ihr Geld einteilen.

- Jemand unter-stützt Sie bei der Steuer-erklärung.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

3.6. Umgang mit Regeln.

In Ihrem Wohn-bereich leben viele Menschen zusammen.

Und die Menschen sollen sich alle wohlfühlen.

Deshalb gibt es bestimmte Regeln.

Zum Beispiel:

Es gibt eine Haus-ordnung.

An diese Regeln müssen sich alle halten.

Vielleicht fällt Ihnen das schwer.

Vielleicht können Sie sich **nicht** gut an Regeln halten.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand erklärt Ihnen die Regeln.
- Jemand macht mit Ihnen bestimmte Regeln ab.
- Jemand bespricht mit Ihnen:
Wie ist das Zusammen-leben mit der Gruppe?
- Sie halten sich **nicht** an die Regeln?
Dann spricht jemand mit Ihnen darüber.

Regeln	
1.	_____
2.	_____
3.	_____

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

4. Sicherheit.

4.1. Betreuung in der Nacht.

Vielleicht brauchen Sie in der Nacht eine Betreuung.

Dafür stellen wir Ihnen 2 Fragen.

Zuerst müssen wir wissen:



Welche Betreuung brauchen Sie in der Nacht?

Bitte machen Sie ein Kreuz an der richtigen Stelle:

<u>Keine</u> Nacht-betreuung	Ich brauche nicht Betreuung in der Nacht.	<input type="radio"/>
Nacht-bereit-schaft	Ich muss meine Begleit-person in der Nacht anrufen können.	<input type="radio"/>
Nacht-pikett	Meine Begleit-person muss bei mir in der Wohnung schlafen.	<input type="radio"/>
Nachtwache	Meine Begleit-person muss in der Wohnung sein. Die Begleit-person muss wach sein.	<input type="radio"/>

Und dann müssen wir wissen:

Wie oft brauchen Sie die Betreuung in der Nacht?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

5. Schwie-riges Verhalten.

5.1. Umgang mit Sucht.

Vielleicht haben Sie eine Sucht.

Zum Beispiel:

- Sie sind alkohol-abhängig.
- Sie sind drogen-abhängig.
- Sie sind computer-süchtig.
- Sie haben eine Spiel-sucht.
- Sie haben eine Ess-störung.
Sie essen viel zu wenig.
Oder Sie essen viel zu viel.



Vielleicht ist die Sucht manchmal sehr schlimm.

Und vielleicht schadet die Sucht Ihrer Gesundheit.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand passt auf:
Haben Sie Ihre Sucht im Griff?
Oder wird Ihre Sucht immer schlimmer?
- Jemand spricht mit Ihnen über Ihre Sucht.
- Jemand gibt Ihnen Tipps:
Das können Sie gegen Ihre Sucht machen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Schwie-riges Verhalten

5.2. Nähe zu Ihren Mitmenschen.

Vielleicht wissen Sie **nicht**:

Wie nah darf ich meinen Mit-menschen kommen?

Zum Beispiel:

- Sie fassen eine Person an.
Oder Sie umarmen die Person.
Aber diese Person will das **nicht**.
- Sie verfolgen eine Person.
Aber diese Person will das **nicht**.



Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand passt auf.
Dann kommen Sie anderen Menschen **nicht** zu nahe.
- Jemand spricht mit Ihnen über Ihr Verhalten.
- Sie haben Autismus?
Oder Sie haben eine Verletzung vom Hirn?

Dann merken Sie vielleicht **nicht**:

Wie nah darf ich meinen Mit-menschen kommen?

Deshalb brauchen Sie eine besondere Unter-stützung.

- Vielleicht haben Sie früher Missbrauch erlebt.
Und vielleicht kommen Ihnen auch jetzt andere Menschen oft zu nah.
Dann kann Ihnen jemand helfen.

Und Sie lernen:

So schütze ich mich vor anderen Menschen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Schwie-riges Verhalten

5.3. Umgang mit Ihrer Krankheit.

Vielleicht haben Sie bestimmte **Krankheits-symptome**.

Zum Beispiel:

- Sie haben manchmal sehr grosse Angst.
Sie verkriechen sich dann vielleicht in Ihrem Zimmer.
Oder Sie wollen davon-laufen.
- Sie haben eine **Depression**.
- Sie machen Zwangs-handlungen.
Sie haben vielleicht alle 5 Minuten das Gefühl:
Ich muss meine Hände waschen.

Sie haben Krankheits-symptome?

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand ist in Ihrer Nähe.
- Jemand spricht mit Ihnen über Ihr Verhalten.
- Jemand berät Sie:
So können Sie sich anders verhalten.
- Sie sollen sich selbst und andere Menschen **nicht** verletzen.
Deshalb passt jemand auf.
- Jemand unter-stützt Sie.
Dann werden Ihre Krankheits-symptome **nicht** schlimmer.

Krankheits-symptome:

Ein Symptom ist ein Merkmal von einer Krankheit.

Fieber ist zum Beispiel ein Symptom für eine Grippe.

Hier geht es um Symptome von psychischen Krank-heiten.

Depression:

Sie sind dann vielleicht sehr traurig.

Sie wollen gar nichts mehr tun.

Sie wollen am liebsten nur noch im Bett liegen. Und Sie wollen vielleicht am liebsten sterben.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Umgang mit Problemen

5.4. Probleme mit der Sexualität.

Vielleicht haben Sie Probleme mit Ihrer Sexualität.

Zum Beispiel:

- Sie zwingen jemand zu sexuellen Handlungen.
- Sie wünschen sich bestimmte sexuelle Handlungen.
Aber diese Handlungen sind **nicht** erlaubt.



Dann brauchen Sie Unterstützung.

Zum Beispiel:

- Jemand spricht mit Ihnen über Ihre Sexualität.
- Jemand berät Sie:

So können Sie Ihre Sexualität besser kontrollieren.

Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegentlich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regelmässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	--	---	---	---

Sie haben den Fragebogen ausgefüllt?

Dann schicken Sie den Fragebogen an die FAS.

Hier ist die Adresse:

FAS – Fachliche Abklärungsstelle beider Basel

Hauptstrasse 109

4102 Binningen

Telefon: 061 425 25 25

E-Mail: fasbbs@sva-bl.ch