

Anmeldung zur Aufnahme im Wohnheim Haller Straße, Ilshofen, von

Name	Vorname	evtl. Geburtsname
Dringlichkeit der Aufnahme: sehr dringend 1 - 2 - 3 - 4 - 5		
Voraussichtlich notwendige Dauer der Betreuung: <input type="checkbox"/> kurzzeitig <input type="checkbox"/> mittelfristig <input type="checkbox"/> langfristige Vormerkung <input type="checkbox"/> längerfristig		

Antragsteller (falls nicht Hilfeempfänger: Name, Anschrift, Telefon)

Allgemeine Daten

Geburtstag	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Konfession
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet seit _____			
Kinder: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Zahl _____, Geburtsjahre: _____ / _____ / _____ / _____			
Wohnsituation: <input type="checkbox"/> eigene Wohnung: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Partner/Kinder <input type="checkbox"/> mit ambulanter Betreuung			
<input type="checkbox"/> elterliche Wohnung <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen in Familien			
<input type="checkbox"/> Wohnheim <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> obdachlos			

Polizeilich gemeldet (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Derzeitiger Aufenthaltsort (PLZ, Ort, Straße, Telefon)

Krankenkasse:	_____	Status der KV: _____
Hilfebedarfsgruppe:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> unbekannt
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> unbekannt
Kostenträger:	_____	
Einkommensverhältnisse:	<input type="checkbox"/> Barvermögen <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ALG/AIHi <input type="checkbox"/> Krankengeld
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ %	Merkzeichen: _____
Betreuer nach BGB §1896:	_____	
	Name, Anschrift, Telefon	

	E-Mail-Adresse, Fax-Nr.	

Wirkungskreis:	<input type="checkbox"/> Vermögen (<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt) <input type="checkbox"/> Aufenthalt (<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt)	
	<input type="checkbox"/> Behandlung (<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt) <input type="checkbox"/> _____ (<input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt)	

Schule und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung

Schulbesuch

Sonderschule (Art: _____) Hauptschule Sonstige: _____

Höchster erreichter Schulabschluss

kein Abschluss Hauptschule Sonstiger Abschluss: _____

Berufsausbildung

Keine Ausbildung abgebrochene Ausbildung abgeschlossene Ausbildung

Ausbildungsziel(e): _____

Tätigkeit(en) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt: ja nein unbekannt

Von bis bei als

Von bis bei als

Von bis bei als

Tätigkeit in WfbM:

Von bis bei als

Bisherige Förderung in Berufsbildungsbereich (früher AT): ja, Dauer: _____ Monate nein unbekannt

Aktuelle Arbeits- und Beschäftigungssituation

Gegenwärtige Arbeit/Beschäftigung:

berufstätig: Vollzeit Teilzeit _____ % unbefristet befristet gelegentlich
 geschützt beschäftigt Integrationsfirma WfbM Dauerarbeitsplatz Berufsbildung
 Zuverdienst Tagesstätte Tagesbetreuung Fördergruppe
 Hausfrau/Hausmann, nicht erwerbstätig Sonstiges: _____

derzeit beschäftigt bei: als: sozialversicherungspflichtig ja nein

Gewünschte Arbeits- und Beschäftigungssituation (aus Sicht des Klienten bzw. des Umfelds; Art, Inhalt und Umfang der Beschäftigung, ...):

Arbeitsrelevante Fertigkeiten (Ausdauer, Konzentration, Lernfähigkeit, Motorik, Umstellungsfähigkeit, Motivation, Pünktlichkeit, Belastbarkeit, ...):

Sozialer Bereich/Freizeit

Verhalten in der Gruppe:

(z.B. Fähigkeit, sich dem sozialen Leben in einer Gruppe anzupassen; auch Teilnahme an einem Gruppengespräch, gemeinsamen Unternehmungen, ...)

Verhalten gegenüber Einzelnen:

(z.B. allgemeine Verständigungsmöglichkeiten, Offenheit, Rückzug, ...)

Aktivitätsniveau:

(z.B. Antrieb, Schlaf-Wach-Rhythmus, ...)

Durchsetzungsfähigkeit:

(z.B. Rücksichtnahme, Selbstwertgefühl, ...)

Freizeitverhalten:

(z.B. Hobbys, Vorlieben, häufig ausgeübtes Verhalten, Stärken, ...)

Problemverhalten:

(z.B. Angstzustände, aggressives Verhalten, Erregungszustände, unsichere Absprachefähigkeit, selbstverletzendes Verhalten, Suchtmittelmissbrauch (Alkohol, Nikotin, Medikamente, illegale Drogen), sexuell auffälliges Verhalten, dissoziales Verhalten (z.B. Diebstähle), auch bisher hilfreiche Interventionen)

Bedeutende Kontakte:

Bestehen Kontakte zu Verwandten oder Bekannten?

ja

nein

Name (und wenn bekannt Adresse) der wichtigsten Verwandten/Bekanntesten

Name	Anschrift	Tel.	Verwandtschaftsgrad
------	-----------	------	---------------------

Name	Anschrift	Tel.	Verwandtschaftsgrad
------	-----------	------	---------------------

Name	Anschrift	Tel.	Verwandtschaftsgrad
------	-----------	------	---------------------

Selbstpflege/Grundpflege

Gefähigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> mobil mit Rollstuhl/Gehwagen
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Urin
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nächtliche Ruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer

Hilfebedarf	keiner	Motivation	Kontrolle	Anleitung	Übernahme
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten:

Behandlungspflege

Dauermedikation ja nein Compliance gut schlecht

Andere Formen der Behandlungspflege: _____

Haushaltsführung

Hilfebedarf	keiner	Motivation	Kontrolle	Anleitung	Übernahme
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnraumreinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäschepflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geldeinteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behördengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Form der Versorgung mit Bargeld:
 (z.B. Art der Ausbezahlung, z.B. wöchentlich, zur Abdeckung persönlicher Bedürfnisse zur Verfügung stehende Summe)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ärztlicher Befundbericht

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose:

Haupt: _____

ICD- _____

Neben: _____

ICD- _____

ICD- _____

Anamnese in Bezug auf die Behinderung:

(z. B. Beginn der Erkrankung, vorherige Behandlungen, auslösende Faktoren und Anzeichen der Krankheitsverschlechterung)

Familienanamnese:

(z. B. familiäre Belastungen, Suizide, neurologische Erkrankungen, soziale Situation)

Allgemeinmedizinische Anamnese:

Bestehende körperliche Erkrankungen oder Störungen:

Besondere somatische Befunde:
(z.B. Röntgenbefunde, CT)

Jetziger psychischer Befund:
(z.B. Bewusstseins-, Orientierungs-, Wahrnehmungs- und mnestiche Störungen, Halluzinationen, formale und inhaltliche Denkstörungen, Wahn- und Zwangsideen, Stimmung, Antrieb, Verhaltensauffälligkeiten)

Suchtgefährdung:
(z.B. Alkohol, Medikamente, illegale Drogen)

Infektionsgefahr:
(z.B. TBC, Hepatitis, HIV)

Selbst- und Fremdgefährdungspotenziale:

andere Risiken:

aktuelle Medikation:

Prognose:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes