

Anmeldung zur Aufnahme von

Name _____ Vorname _____ evtl. Geburtsname _____

Gewünschtes Betreuungsangebot

Wohnen am Standort Rabenhof

- Wohnheime der Eingliederungshilfe Wohnheim mit Schwerpunkt Pflege und Teilhabe
- Spezielle Angebote
- beschütztes Wohnen Wohnen für Abhängigkeitskranke
- Trainingswohnen Wohnen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht

Gemeindenahes Wohnen

- Aalen Ellwangen Heidenheim Schwäbisch Gmünd
- Stationäres Wohnen Ambulant Betreutes Wohnen Betreutes Wohnen in Familien

Tagesstrukturierung

- Werkstatt für behinderte Menschen Förderung und Betreuung Tagesbetreuung

Dringlichkeit der Aufnahme: sehr dringend 1 - 2 - 3 - 4 - 5 langfristige Vormerkung

Voraussichtlich notwendige Dauer der Betreuung: kurzzeitig mittelfristig längerfristig

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

Allgemeine Daten

Geburtstag _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____

Familienstand: ledig verheiratet getrennt lebend geschieden verwitwet seit _____

Kinder: nein ja: Zahl _____, Geburtsjahre: _____ / _____ / _____ / _____

Wohnsituation: eigene Wohnung: allein mit Partner/Kinder mit ambulanter Betreuung

elterliche Wohnung Wohngemeinschaft Betreutes Wohnen in Familien

Wohnheim Pflegeheim Klinik obdachlos

Polizeilich gemeldet (PLZ, Ort, Straße, Telefon) _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (PLZ, Ort, Straße, Telefon) _____

Krankenkasse: _____ Status der KV: _____

Hilfebedarfsgruppe: 0 1 2 3 4 5 unbekannt

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5 beantragt unbekannt

Kostenträger: _____

Einkommensverhältnisse: Barvermögen Rente Sozialhilfe ALG/AIHi Krankengeld

Schwerbehindertenausweis: nein ja _____ % Merkzeichen: _____

Betreuer nach BGB §1896: _____
Name, Anschrift, Telefon _____

E-Mail-Adresse, Fax-Nr. _____

Wirkungskreis: Vermögen (Einwilligungsvorbehalt) Aufenthalt (Einwilligungsvorbehalt)

Behandlung (Einwilligungsvorbehalt) _____ (Einwilligungsvorbehalt)

Schule und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung

Höchster erreichter Schulabschluss:

- kein Schulabschluss
 Mittlere Reife
 anderer Schulabschluss (bitte angeben) _____
- Sonderschulabschluss (Art: _____)
 Fachoberschule/Fachhochschulreife _____
- Hauptschulabschluss
 Abitur
 unbekannt

Berufsausbildung:

- abgeschlossene Berufsausbildung
 abgeschlossenes Studium
 keine Ausbildung
- abgebrochene Berufsausbildung
 abgebrochenes Studium
 unbekannt
- noch in 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:

- Ausbildung/Umschulung/Schule/Studium _____ Wehr-/Zivildienst/FSJ
- 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

Fachärztlicher Befundbericht

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Diagnose:

Haupt: _____

ICD- _____

Neben: _____

ICD- _____

ICD- _____

Psychiatrische Anamnese:

(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)

Suizidgefahr:

andere Risiken:

aktuelle Medikation:

Prognose:

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes