

Anmeldung zur Aufnahme von

Name* Vorname* evtl. Geburtsname*

Allgemeine Daten

Geburtstag*	<input type="text"/>	Geburtsort*	<input type="text"/>	Staatsangehörigkeit*	<input type="text"/>	Konfession*	<input type="text"/>
Familienstand*:	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet seit	<input type="text"/>	
Kinder:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: Zahl <input type="text"/> , Geburtsjahre: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>					
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: 0 1 2 3 4 5 unbekannt

Pflegegrad*: 0 1 2 3 4 5 beantragt unbekannt

Kostenträger:

Einkommensverhältnisse*: Barvermögen Rente Sozialhilfe ALG/AlHi Krankengeld

Schwerbehindertenausweis*: nein ja % Merkzeichen:

Betreuer nach BGB §1896*:

Name, Anschrift, Telefon

E-Mail-Adresse, Fax-Nr.

Wirkungskreis: Vermögen (Einwilligungsvorbehalt) Aufenthalt (Einwilligungsvorbehalt)

Gesundheit (Einwilligungsvorbehalt) (Einwilligungsvorbehalt)

Mit * markierte Felder müssen vollständig ausgefüllt werden.

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

Benötigte Betreuung

- 1–2-mal wöchentlich (Ambulant Betreutes Wohnen: möglich in Ellwangen, Aalen, Schwäbisch Gmünd)
- 1–2-mal täglich (Stationär-gemeindenahes Wohnen in Ellwangen, Aalen, Schwäbisch Gmünd)
- mehrmals täglich sowie Nachtbereitschaft (Stationär: Rabenhof Ellwangen, Heidenheim)
- Pflege oder Eingliederungshilfe
- beschützt (mit Unterbringungsbeschluss)
- Spezielle Angebote**
 - Beschütztes Wohnen (mit Unterbringungsbeschluss)
 - Wohnen für Abhängigkeitskranke
 - Wohnen mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht

Fachärztlicher Befundbericht

Auszufüllen von einem Neurologen oder Psychiater, alternativ genügt auch ein Zwischen- oder Entlassbericht einer psychiatrischen Klinik.

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

Selbstpflege/Grundpflege

Gehfähigkeit	<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"/>				
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>				
Körperpflege	<input type="checkbox"/>				
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>				
Toilettenbenützung	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

Besonderheiten:

Behandlungspflege

Dauermedikation ja nein

Einnahme der Medikation

- komplett zuverlässig und selbstständig
- von anderer Person verwaltet, aber denkt selbstständig an Einnahme
- von anderer Person verwaltet, muss an Einnahme erinnert werden, nimmt Medikation dann aber ein
- Depot-Medikation
- verweigert (zeitweise) Einnahme der Medikation

Haushaltsführung

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

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)

Schule und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung

Höchster erreichter Schulabschluss:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss (Art: _____) | <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss |
| <input type="checkbox"/> Mittlere Reife | <input type="checkbox"/> Fachoberschule/Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> Abitur |
| <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (bitte angeben) | _____ | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Berufsausbildung:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> abgebrochene Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossenes Studium | <input type="checkbox"/> abgebrochenes Studium | |
| <input type="checkbox"/> keine Ausbildung | <input type="checkbox"/> unbekannt | |

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ausbildung/Umschulung/Schule/Studium _____ | <input type="checkbox"/> Wehr-/Zivildienst/FSJ |
| <input type="checkbox"/> berufstätig: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit _____ % <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet <input type="checkbox"/> gelegentlich | |
| <input type="checkbox"/> geschützt beschäftigt <input type="checkbox"/> Integrationsfirma <input type="checkbox"/> WfbM Dauerarbeitsplatz <input type="checkbox"/> Berufsbildung | |
| <input type="checkbox"/> Zuverdienst <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung <input type="checkbox"/> Fördergruppe | |
| <input type="checkbox"/> Hausfrau/Hausmann, nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> 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, ...):