1. **Persönliche Daten:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname:  |   |
| Geschlecht: | [ ]  weiblich  | [ ]  männlich  |  |
| Geburtsdatum:  |   | Geburtsort:  |   |
| Staatsangehörigkeit: |   |  |
| Konfession: | [ ]  katholisch | [ ]  evangelisch |  |
|  | [ ]  sonstige: |   |
| Familienstand: | [ ]  ledig | [ ]  verheiratet | [ ]  getrennt lebend |
|  | [ ]  geschieden | [ ]  verwitwet |  |
| Adresse:  |   |
| Name des Antragstellers, falls nicht Klient: |   |
| Telefon und Kontaktdaten:  |   |
| Gesetzliche Betreuung:  | [ ]  nein  | [ ]  ja, für folgende Bereiche: |
| [ ]  Vermögen | [ ]  Aufenthalt | [ ]  Gesundheit |  |
| [ ]  Einwilligungsvorbehalt  | [ ]  |   |
| Name und Kontaktdaten des gesetzl. Betreuers:  |
|   |
| Vormundschaft  | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, bitte personensorgeberechtigte Person angeben: |
|   |
| Wer ist bei bestimmten Vorkommnissen und / oder im Notfall zu benachrichtigen? |
| [ ]  gesetzl. Betreuer |  |
| [ ]  folgende Angehörige: |   |
| [ ]  sonstige Personen: |   |

|  |
| --- |
| Gewünschte Betreuungsform: |
| Wohnbereich | Werkstattbereich |
| [ ]  Wohngruppe | [ ]  Förderschule G (Berufsschulstufe)  |
| [ ]  Ambulant betreutes Wohnen  | [ ]  Sonderberufsfachschule |
| [ ]  Betreutes Wohnen in Familie | [ ]  Berufsbildungsbereich  |
|  | [ ]  Fachwerkerausbildung |
|  | [ ]  Werkstatt für behinderte Menschen |
|  | [ ]  Förder- und Betreuungsbereich |
|  | [ ]  Tagesstruktur für Senioren (T-ENE) |
| Gewünschter Aufnahmetermin: |   |  |
| Leistungsträger Arbeiten / Tagesstruktur: |   |
| Leistungsträger Wohnen: |   |

1. **Gesundheitliche Daten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pflegegrad: |   | [ ]  beantragt | [ ]  unbekannt |
| Diagnosen:  |   |
| Hinlauftendenz: | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, Beschreibung: |   |
| Allergien / Unverträglichkeiten: | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, welche:  |   |
| Sonstige Erkrankungen: |   |
| Schwerbehindertenausweis: | [ ]  ja | [ ]  nein | [ ]  beantragt |
| Wenn ja, Grad der Behinderung: |   |  |
| Merkzeichen im Schwerbehindertenausweis: |  |
| Besteht ein Rentenanspruch? | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, Art der Rente: |   |
| Psychische Situation:  |
| Ängste  | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, welche: |   |
| Zerstören von Gegenständen | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Selbstverletzendes Verhalten | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, welche: |   |
| Selbstgefährdendes Verhalten | [ ]  ja  | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, welche: |   |
| Fremdgefährdendes Verhalten | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Wenn ja, welche: |   |
| Depressive Verstimmung | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| **Sonstige Besonderheiten** (z.B. aggressives Verhalten, Erregungszustände, Suchtmittelmissbrauch, sexuell auffälliges Verhalten, dissoziales Verhalten): |
|   |
| **Bisher hilfreiche Interventionen**: |
|   |
| **Sonstige auffällige Verhaltensweisen** (z.B. unsichere Absprachefähigkeit, delikthaftes Verhalten):  |
|   |

1. **Lebensbereich Wohnen:**

|  |
| --- |
| Aktuelle Wohnsituation: |
| [ ]  eigene Wohnung | [ ]  elterliche Wohnung | [ ]  Wohngemeinschaft |
| [ ]  Betr. Wohnen in Familie | [ ]  ambulant betreut | [ ]  Wohnheim |
| [ ]  Klinik  | [ ]  obdachlos | [ ]  sonstiges |
| Derzeitiger Wohnort/derzeitige Einrichtung: *(nur angeben, falls abweichend von der bereits angegebenen Adresse)* |
|   |
| Hilfebedarfsgruppe: |   |  |
| Nachtwachenbedarf (mit Sichtkontrolle): | [ ]  ja | [ ]  nein |
| **Angaben zum sozialen Bereich und Freizeit** |
| Verhalten gegenüber Einzelnen (z.B. Offenheit, Rückzug, Verständigungsmöglichkeiten): |
|   |
| **Verhalten in Gruppen** (z.B. Verhalten innerhalb der Familien, Fähigkeiten, sich dem sozialen Leben in einer Gruppe anzupassen, Teilnahme an Gruppengesprächen, Interesse an gemeinsamen Unternehmungen): |
|   |
| **Aktivitätsniveau** (z.B. Eigener Antrieb, Schlaf-Wach-Rhythmus):  |
|   |
| **Seelische Stabilität** (z.B. Rücksichtnahme, Selbstwertgefühl, Konfliktfähigkeit, Kritikfähigkeit):  |
|   |
| **Freizeit** (z.B. Hobby, Interessen, Vorlieben, häufig ausgeübtes Verhalten, Stärken): |
|   |
| Angaben zum lebenspraktischen Bereich: |
| Gehfähigkeit | [ ]  ja | [ ]  nein  |  |
|  | [ ]  mit Unterstützung | [ ]  mobil mit Rollstuhl/Gehwagen |  |
| Hilfsmittel | [ ]  Brille | [ ]  Hörgerät |  |
|  | [ ]  |   |
| Bettlägerigkeit | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| Inkontinenz | [ ]  ja | [ ]  nein  | [ ]  Stuhl | [ ]  Urin |
| Örtlich orientiert | [ ]  ja | [ ]  nein  | [ ]  nicht immer |  |
| Zeitlich orientiert  | [ ]  ja | [ ]  nein  | [ ]  nicht immer |  |
| Nächtliche Ruhe | [ ]  ja | [ ]  nein  | [ ]  nicht immer |  |
| Verständigung möglich | [ ]  ja | [ ]  nein  |  |  |
| Durch  | [ ]  Sprache | [ ]  Gestik, Mimik, Gebärden  | [ ]  Hilfsmittel |
| Kann Bedürfnisse äußern | [ ]  ja | [ ]  nein |  |  |
| Vorhandene Kulturtechniken | [ ]  Lesen  | [ ]  Schreiben | [ ]  Rechnen |  |
| Freiheitseinschränkende Maßnahme: | [ ]  ja | [ ]  nein |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hilfebedarf | keiner | Motivation | Kontrolle  | Anleitung | Übernahme |
| Nahrungsaufnahme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Medikamenteneinnahme | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Aufstehen/Zu Bett gehen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Körperpflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| An-/Auskleiden  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Toilettenbenutzung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|   | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Haushaltsführung:** |  |  |  |  |  |
| Hilfebedarf | keiner  | Motivation | Kontrolle | Anleitung | Übernahme |
| Einkaufen | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Kochen  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wohnraumreinigung | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Wäschepflege | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Umgang mit Geld | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Behördenkontakte | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|   | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Bisherige Form der Versorgung mit Bargeld**: (z.B. Art der Ausbezahlung – wöchentlich, monatlich):  |
|   |
| **Besteht ein eigenes Girokonto**? | [ ]  ja | [ ]  nein |  |

 **Ärzte:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fachrichtung** | **Name** | **Anschrift** | **Telefon** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Therapien und Behandlungspflege:** |
| Dauermedikation  | [ ]  ja | [ ]  nein  |  |
| Bedarfsmedikation | [ ]  ja | [ ]  nein |  |
| **Verordnete Medikamente:** |
| Name des Medikaments | Dosis, Tageszeit |  |
|  |  | [ ]  Dauermedikation[ ]  Bedarfsmedikation |
|  |  | [ ]  Dauermedikation[ ]  Bedarfsmedikation |
|  |  | [ ]  Dauermedikation[ ]  Bedarfsmedikation |
|  |  | [ ]  Dauermedikation[ ]  Bedarfsmedikation |
|  |  | [ ]  Dauermedikation[ ]  Bedarfsmedikation |
| Andere Formen der Therapie und Behandlungspflege: |
|   |

1. **Lebensbereich Arbeiten/Tagesstruktur:**

|  |
| --- |
| Aktuelle Schul-, Förder- oder Arbeitssituation: |
| [ ]  Schule | Schulbesuchsjahr: |  |  |
| Schultyp: |  |
| Name und Kontaktdaten der Schule: |
|   |
| [ ]  Werkstatt für Menschen mit Behinderung in der Maßnahme: |
| [ ]  Eingangsverfahren | [ ]  Berufsbildungsbereich  |  |
| [ ]  Arbeitsbereich (WfbM)  | [ ]  Förder- und Betreuungsbereich |  |
| [ ]  Sonstiges: |   |
| [ ]  Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt |
| [ ]  Name und Kontaktdaten der Einrichtung / des Arbeitgebers:  |
|   |
| Fand eine Förderung im Berufsbildungsbereich statt? |
| [ ]  ja, Dauer: |   | Monate | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Wenn ja, Kostenübernahme durch welche Agentur für Arbeit? |  |
|   |
| Angaben zu Schule und Ausbildungen, Arbeit und Beschäftigung |
| Höchster erreichter Schulabschluss: |
| [ ]  kein Schulabschluss | [ ]  Förderschulabschluss | [ ]  Hauptschulabschluss |
| [ ]  Mittlere Reife | [ ]  Fachoberschule/Fachhochschulreife | [ ]  Abitur |
| [ ]  anderer Schulabschluss: |   | [ ]  unbekannt |
| Name und Art der zuletzt besuchten Schule: |
|   |
| Berufsausbildung: |
| [ ]  abgeschlossene Berufsausbildung | [ ]  abgebrochene Berufsausbildung |
| [ ]  abgeschlossenes Studium | [ ]  abgebrochenes Studium |
| [ ]  noch in Ausbildung | [ ]  keine Ausbildung | [ ]  unbekannt |
|  |  |  |
| Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt: | [ ]  ja  | [ ]  nein | [ ]  unbekannt |
| Arbeitgeber: |
|   |
| Sonstige bisherige Tätigkeiten: |
|   |
| Gewünschte Arbeits- und Beschäftigungssituation: |
|   |
| Arbeitsumfang: | [ ]  Vollzeit | [ ]  Teilzeit |
| Arbeitsrelevante Fertigkeiten (z.B. Konzentration, Lernfähigkeit, Motivation, Ausdauer, Belastbarkeit, Pünktlichkeit, körperliche Voraussetzungen):  |
|   |

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an:**
nuss@weckelweiler.de

oder an

Sozialtherapeutische Gemeinschaften Weckelweiler
Frau Nuss / Frau Piller

Heimstrasse 10

74592 Kirchberg

Anmerkungen zum Datenschutz:

Alle erhobenen Daten werden gemäß Art.5 DSGVO (Grundsätze für die Verarbeitung personenbezogener Daten) und Art. 9 (Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten) verwendet.

Es handelt sich dabei um personenbezogene und besondere personenbezogene (sensible) Daten, also Angaben zur Gesundheit, Behinderung und Konfession, mit welchen in der Folge im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und der Betreuungszeit innerhalb der Sozialtherapeutischen Gemeinschaften Weckelweiler e.V. besonders sorgsam umgegangen wird.