

## 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

Wohngruppe

Ambulant betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen in Familie

Werkstattbereich

Förderschule G (Berufsschulstufe)

Sonderberufsfachschule

Berufsbildungsbereich

Fachwerkerausbildung

Werkstatt für behinderte Menschen

- Förder- und Betreuungsbereich
- Tagesstruktur für Senioren (T-ENE)

Gewünschter Aufnahmetermin:

Leistungsträger Arbeiten / Tagesstruktur:

Leistungsträger Wohnen:

## 2.) Gesundheitliche Daten:

Pflegegrad: 1  2  3  4  5   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, delikthafte Verhalten):

### **3.) Lebensbereich Wohnen:**

Aktuelle Wohnsituation:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> eigene Wohnung          | <input type="checkbox"/> elterliche Wohnung | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Betr. Wohnen in Familie | <input type="checkbox"/> ambulant betreut   | <input type="checkbox"/> Wohnheim         |
| <input type="checkbox"/> Klinik                  | <input type="checkbox"/> obdachlos          | <input type="checkbox"/> 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                      | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         |                                      |                               |
|                                   | <input type="checkbox"/> mit Unterstützung | <input type="checkbox"/> mobil mit Rollstuhl/Gehwagen |                                      |                               |
| Hilfsmittel                       | <input type="checkbox"/> Brille            | <input type="checkbox"/> Hörgerät                     |                                      |                               |
|                                   | <input type="checkbox"/>                   |   |                                      |                               |
| Bettlägerigkeit                   | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         |                                      |                               |
| Inkontinenz                       | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         | <input type="checkbox"/> Stuhl       | <input type="checkbox"/> Urin |
| Örtlich orientiert                | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         | <input type="checkbox"/> nicht immer |                               |
| Zeitlich orientiert               | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         | <input type="checkbox"/> nicht immer |                               |
| Nächtliche Ruhe                   | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         | <input type="checkbox"/> nicht immer |                               |
| Verständigung                     | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         |                                      |                               |
| Möglich durch                     | <input type="checkbox"/> Sprache           | <input type="checkbox"/> Gestik, Mimik, Gebärden      | <input type="checkbox"/> Hilfsmittel |                               |
| Kann Bedürfnisse äußern           | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         |                                      |                               |
| Vorhandene Kulturtechniken        | <input type="checkbox"/> Lesen             | <input type="checkbox"/> Schreiben                    | <input type="checkbox"/> Rechnen     |                               |
| Freiheitseinschränkende Maßnahme: | <input type="checkbox"/> ja                | <input type="checkbox"/> nein                         |                                      |                               |

| Hilfebedarf             | keiner                   | Motivation               | Kontrolle                | Anleitung                | Übernahme                |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nahrungsaufnahme        | <input type="checkbox"/> |
| Medikamenteneinnahme    | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen/Zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> |
| Körperpflege            | <input type="checkbox"/> |
| An-/Auskleiden          | <input type="checkbox"/> |
| Toilettenbenutzung      | <input type="checkbox"/> |
|                         | <input type="checkbox"/> |

**Haushaltsführung:**

| Hilfebedarf       | keiner                   | Motivation               | Kontrolle                | Anleitung                | Übernahme                |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Einkaufen         | <input type="checkbox"/> |
| Kochen            | <input type="checkbox"/> |
| Wohnraumreinigung | <input type="checkbox"/> |
| Wäschepflege      | <input type="checkbox"/> |
| Umgang mit Geld   | <input type="checkbox"/> |
| Behördenkontakte  | <input type="checkbox"/> |
|                   | <input type="checkbox"/> |

**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 |  |
|----------------------|------------------|--|
|                      |                  | <input type="checkbox"/> Dauermedikation<br><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation |
|                      |                  | <input type="checkbox"/> Dauermedikation<br><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation |
|                      |                  | <input type="checkbox"/> Dauermedikation<br><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation |
|                      |                  | <input type="checkbox"/> Dauermedikation<br><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation |
|                      |                  | <input type="checkbox"/> Dauermedikation<br><input type="checkbox"/> Bedarfsmedikation |

Andere Formen der Therapie und Behandlungspflege:

## 4.) 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](mailto: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.