

AUFNAHMEBOGEN WOHNEN			
Priorität:	<input type="checkbox"/> <i>Niedrig</i> <input type="checkbox"/> <i>Mittel</i> <input type="checkbox"/> <i>Hoch</i>		
Empfohlene Einrichtungen:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 1. 2. 3. 4. 5. 6. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 7. 8. <input type="checkbox"/> alle BeWos <input type="checkbox"/> alle GVBs <input type="checkbox"/> alle WGs <input type="checkbox"/> alle WH </td> </tr> </table>	1. 2. 3. 4. 5. 6.	7. 8. <input type="checkbox"/> alle BeWos <input type="checkbox"/> alle GVBs <input type="checkbox"/> alle WGs <input type="checkbox"/> alle WH
1. 2. 3. 4. 5. 6.	7. 8. <input type="checkbox"/> alle BeWos <input type="checkbox"/> alle GVBs <input type="checkbox"/> alle WGs <input type="checkbox"/> alle WH		
Aktuelle Wohnsituation:			
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Eltern bzw. Angehörige: _____ <input type="checkbox"/> Obdachlos <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendhilfe (MA 11) – Name Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Psychiatrische Einrichtung/Krankenhaus – Name Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Teilbetreutes Wohnen andere Institution – Name Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Vollbetreutes Wohnen andere Institution – Name Einrichtung: _____			
Interessent:in			
Name:	Vorname:		
Geburtsname:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
geb. am:	in:		
Staatsbürgerschaft:			
Familienstand:	Anzahl Kinder:		
Adresse PLZ/Ort:			
Straße:			
Telefon PRIVAT:	E-Mail:		
Rechtliche Vertretung			
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Vertretungsbefugte:r <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Im Notfall benachrichtigen <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Erwachsenenvertreter:in <input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger:in			
Name:	Vorname:		
Institution:			
Adresse PLZ/Ort:			
Straße:			

Telefon PRIVAT:		Telefon DIENSTLICH:	
für:		E-Mail:	
seit:		bis:	
Weitere Kontaktpersonen			
Stellung:		<input type="checkbox"/> Im Notfall benachrichtigen <input type="checkbox"/> kein Kontakt <input type="checkbox"/> Kontakt unerwünscht	
Name:		Vorname:	
Adresse PLZ/Ort:			
Straße:			
Telefon:		E-Mail:	
Stellung:		<input type="checkbox"/> Im Notfall benachrichtigen <input type="checkbox"/> kein Kontakt <input type="checkbox"/> Kontakt unerwünscht	
Name:		Vorname:	
Adresse PLZ/Ort:			
Straße:			
Telefon:		E-Mail:	
Betreuung Tagesstruktur			
Name des Trägers:		Ansprechperson:	
		Telefon:	
Kostenträger/Versicherung/Finanzen			
Kostenträger-Bundesland:			
<input type="checkbox"/> Bewilligung Vollbetreutes Wohnen		Ausstellungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Bewilligung Teilbetreutes Wohnen		Ausstellungsdatum:	
<input type="checkbox"/> Bewilligung: _____		Ausstellungsdatum:	
Versicherungsträger:			
<input type="checkbox"/> Selbstversichert		Versicherungsnr.:	
<input type="checkbox"/> Mitversichert bei:		Versicherungsnr.:	
Finanzielle Situation			
<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen		Höhe:	
<input type="checkbox"/> Pension Art:		Höhe:	
<input type="checkbox"/> Familienbeihilfe <input type="checkbox"/> Erhöht		bis:	
<input type="checkbox"/> Mindestsicherung			
<input type="checkbox"/> Sozialhilfe Taschengeld/		FSW Taschengeld	

Bemerkung:

Pflegegeldstufe: 1 2 3 4 5 6 7

Medizinische Angaben

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Bluter | <input type="checkbox"/> Weitere medizinisch relevante Diagnosen: |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | _____ |
| | _____ |

Beeinträchtigungen

- | | |
|---|------------|
| <input type="checkbox"/> Kognitive Beeinträchtigung | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Beeinträchtigung | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer:in | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung/
Beeinträchtigung | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Hörbehinderung/Gehörlosigkeit | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Sehbehinderung/Blindheit | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Sprachliche Beeinträchtigung | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Kommunikation nonverbal | Anmerkung: |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | Anmerkung: |

U n t e r s t ü t z u n g s b e d a r f

Orientierung

- selbständig
- selbständig nach kurzem Training in jeder Umgebung
- selbständig nach kurzem Training in vertrauter Umgebung
- unselbständig auch in vertrauter Umgebung

Anmerkung:

An / Auskleiden

- Braucht Unterstützung
- Braucht keine Unterstützung
- unbekannt

Anmerkung:

Essen

- Braucht Unterstützung
- Braucht keine Unterstützung
- unbekannt

Anmerkung:

Fahrtendienst

- kein Fahrtendienst
- Fahrtendienst für Einstieg
- Fahrtendienst voraussichtlich auf Dauer

Körperpflege

- Braucht Unterstützung
- Braucht keine Unterstützung
- unbekannt

Anmerkung:

Toilette

- Braucht Unterstützung
- Braucht keine Unterstützung
- unbekannt

Anmerkung:

Kommunikation

Kann die Person Wünsche, Bedürfnisse, Meinungen mit der Lautsprache ausdrücken?

- Ja
- Nein

Falls Nein: Wie kommuniziert die Person?

Welche Hilfsmittel zur Kommunikation wurden schon eingesetzt und von wem? (Lehrer:in, Betreuer:in, Therapeut:in)

Weiterer Unterstützungsbedarf:

V o r s t e l l u n g e n u n d P e r s p e k t i v e n

- Eigene Wohnung ist vorhanden
- Anspruch auf Gemeindewohnung

Eigene Wohnung wird angestrebt:

- Kurzfristig (1-2 Jahre)
- Mittelfristig (2-5 Jahre)
- Langfristig (5-10 Jahre)

Weitere Informationen:

Angaben durch:

Datum:

erstellt durch: