

FRAGEBOGEN ZUR

- O** **Anfrage für einen dauerhaften Wohnplatz**

- O** **Anfrage für ein Kurzzeitangebot/Verhinderungspflege**
 - **Zeitraum von _____ bis _____**

Nachname:
Vorname:
Geburtsdatum:

Anschrift:

Lebenshilfe Worms

Kurfürstenstraße 1-3

67549 Worms

Telefon 06241 / 508 - 0

Telefax 06241 / 508 - 123

info@lebenshilfe-worms.de

Sie haben für einen Menschen mit Behinderung eine Anfrage für eine stationäre Aufnahme in der Lebenshilfe Worms gestellt.

Wir bitten Sie deshalb, diesen FRAGEBOGEN sorgfältig auszufüllen und das beigefügte ÄRZTLICHE ZEUGNIS von ihrem Arzt ausfüllen zu lassen. Selbstverständlich werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt.

Falls zusätzliche aussagekräftige psychologische und medizinische Unterlagen vorhanden sind, können Sie diese dem Fragebogen beifügen.

Alle diese Angaben benötigen wir, damit wir uns ein umfassendes Bild des Menschen mit Behinderung machen können u.a. um einschätzen zu können, in welche Wohngruppe der behinderte Mensch evtl. passen könnte und ob dort eine Platzmöglichkeit gegeben ist.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass wir im Interesse der Menschen mit Behinderung, jede Heimaufnahmeanfrage intensiv prüfen. Ein Schluss wegen einer evtl. Aufnahmemöglichkeit kann hieraus nicht gezogen werden.

Nach Prüfung der Unterlagen vereinbaren wir in der Regel einen unverbindlichen Vorstellungs- und Informationstermin, der dem gegenseitigen Kennenlernen und der Informationsweitergabe dienen soll.

Nach Prüfung der Unterlagen werden wir Ihnen das Ergebnis mitteilen.

<p align="center">Name der / des Angefragten</p>	<p align="center">Passfoto</p>
<p align="center">Vorname (n)</p>	
<p align="center">Geboren am, in</p>	<p align="center">Staatsangehörigkeit</p>
<p align="center">Zur Zeit wohnhaft (genaue Anschrift)</p>	
<p align="center">Angaben zur Krankenversicherung</p> <p align="center">– selbst versichert</p> <p align="center">Oder mit</p> <p align="center">Krankenkasse:</p> <p align="center">Pflegergrad:</p> <p><input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> O1 <input type="radio"/> O2 <input type="radio"/> O3</p> <p align="center"> <input type="radio"/> O4 <input type="radio"/> O5</p>	

Zuständiger Sozialleistungsträger:

Name und Vorname des Vaters	Name und Vorname der Mutter
Sein Geburtsdatum und –Ort	Ihr Geburtsdatum und –Ort
Krankensichert bei	Krankensichert bei
Berufliche Tätigkeit	Berufliche Tätigkeit
Wohnort	Wohnort
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
Telefon:	Telefon:
Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters (Pfleger, Vormund, Betreuer)	
Wirkungskreis:	
Bestellt durch das Amtsgericht:	Aktenzeichen:
Am:	

Vorname und Geburtsjahr des Geschwister des / des Angefragten		
1.	2.	3.
4.	5.	6.

2. Angaben zur Behinderung

2.1 Diagnosen:

2.2 Art der Behinderung: (Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzminderung | <input type="checkbox"/> Zurzeit Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Psychische Behinderung | <input type="checkbox"/> Zurzeit keine Anfälle |
| <input type="checkbox"/> Seelische Behinderung | <input type="checkbox"/> Anfallshäufigkeit unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeit | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung |

Körperbehinderung: _____

Rollstuhl: JA NEIN ZEITWEISE

Sucht: _____

Sonstige, welche: _____

2.3 Grad der Intelligenzminderung:

Leicht Mittel Schwer

Psychologischer Befund _____
(Angaben zu IQ, usw.) _____

3. Hilfebedarf

3.1. Basisversorgung

Ernährung:

Normale Kost

Selbstständig

Mit Hilfe

Stellv. Übernahme

Allergien

Sonderkosten: _____ Sonstiges: _____

Körperpflege /-hygiene:

Selbstständig

Mit Hilfe

Stellv. Übernahme

Zahnpflege

Intimbereich

Monatshygiene

Toilette:

Selbstständig

Mit Hilfe

Stellv. Übernahme

Hilfsmittel:

Brille

Prothese

Gehhilfen

Orthopäd. Hilfsmittel

Hörgerät

Motivation + Antrieb: _____

Soziales Verhalten in Gruppen (z.B. Schule, Arbeit etc.):

Ohne Schwierigkeiten

Benötigt Hilfe

Hat Schwierigkeiten

Lesen: JA NEIN

Schreiben: JA NEIN

3.5. Kommunikation

Elektronische Hilfsmittel:

Sprache:

- Spricht wenige Worte spricht nicht

Orientierung (räumlich und zeitlich):

- Selbstständig mit Hilfe stellv. Übernahme

Orientierung innerhalb und außerhalb des Wohnbereiches

- Selbstständig mit Hilfe stellv. Übernahme

Verkehrssicherheit

- Selbstständig mit Hilfe stellv. Übernahme

Aufsicht:

- Benötigt keine Aufsicht
 Braucht außerhalb der gewohnten Umgebung Aufsicht
 Wird ständig beaufsichtigt

3.6 Verhaltensauffälligkeiten

Keine

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Aggressionen gegen Dinge | <input type="radio"/> Aggressionen gegen Personen |
| <input type="radio"/> Aggressionen gegen sich selbst | <input type="radio"/> Weglaufen |
| <input type="radio"/> leichte Reizbarkeit | <input type="radio"/> Aneignung von fremden Eigentum |
| <input type="radio"/> Einnässen/Einkoten | <input type="radio"/> Distanzlosigkeit |
| <input type="radio"/> Einzelgängertum | <input type="radio"/> Tics |
| <input type="radio"/> Schaukeln | <input type="radio"/> Antriebsarmut |
| <input type="radio"/> motorische Unruhe | |
| <input type="radio"/> Angst vor/bei _____ | |

Sonstige: _____

Ärzte

Hausarzt _____

Facharzt _____

4. Dringlichkeit

- Aufnahme ist sofort erforderlich
- Baldmögliche Aufnahme
- Vorsorglicher Aufnahmeantrag

5. Gewünschte Wohnform

- Wohnheim Gaustrasse
- Wohnheim Klingweg
- Wohnheim Samuelstrasse
- Außenwohngruppe (Budget/Heimangebunden)
- Appartementwohnen
- Betreuung in den eigenen vier Wänden

Über die Wohnmöglichkeiten bei der Lebenshilfe können Sie sich auf unserer Internetseite informieren. (www.Lebenshilfe-worms.de)

Weitere Informationen können wir Ihnen zudem über eine Broschüre zukommen lassen oder Ihnen in einem persönlichen Gespräch vermitteln.

Ich gebe mit meiner Unterschrift dem Sozialdienst des Bereiches Wohnen der Lebenshilfe Worms das Einverständnis für eine Prüfung des Heimaufnahmeantrages, sowie der Weiterleitung an die zuständigen Leitungen.

Ebenso werden mit diesem Einverständnis der verantwortliche Leistungsträger und andere Kontaktstellen wie Schulen, Arbeitsstätte und Ärzte von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Unterschrift ges. Betreuer/Sorgeberechtigte(r)