

Interessentenbogen Wohnen (ambulant):

Persönliche Daten:

Name: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Mailadresse: _____

Familienstand: _____ Anzahl der Kinder: _____

Schule/Arbeitssituation: _____

Die wichtigsten Ansprechpartner für die Lebenshilfe sind:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ mobil: _____

Mailadresse: _____

Sie sind meine Eltern , Geschwister , Freunde Nachbarn _____Ich habe einen gesetzl. Betreuer/Bevollmächtigten: siehe oben oder:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Mailadresse: _____

Aufgabenbereiche: _____

Dieser Bogen wird selbständig vom Interessenten odermit Unterstützung ausgefüllt.

Fragen der Lebenshilfe:

Wie möchten Sie wohnen?

alleine in einer Gruppe mit vielen mit wenigen in der Stadt in einem kleineren Ort Gewünschte Wohnform: Wohngemeinschaft Wohngemeinschaft (ggf. mit nächtlicher Betreuung) Eigene Wohnung mit Unterstützung

Gewünschter Beginn der Betreuung/Einzug (ca.): _____

Meistens zahlt das Sozialamt die Kosten. Welches Sozialamt ist zuständig? _____

Persönliche Situation:

Art der Beeinträchtigung: _____

Liegen darüber anerkannte Diagnosen z.B. von einem Arzt vor? Ja nein

Schwerbehindertenausweis: nein ja Kennzeichen: _____ Grad der Behinderung: _____%

Einschränkungen in der Mobilität/Motorik: nein ja : _____

in der Kommunikation: nein ja : beim Sehen Hören Sprechen _____

Ist eine barrierefreie Umgebung erforderlich? nein ja : _____

Erforderliche Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator Gehhilfen _____

Sicherheit im Verkehr: selbständig nach Übung immer mit Begleitung

Erforderliche Therapien: Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie

Sonstige: _____

Interessen/Hobbies/Fähigkeiten: _____

Persönliche Situation in Bezug auf Selbständigkeit, Sozialverhalten, herausforderndes Verhalten.
Wie ist der Umgang mit anderen Menschen in der Gruppe?

Unterstützungsbedarf: ab und zu täglich morgens Rund-um-die-Uhr, auch nachts

Welcher Unterstützungs-/Assistenz-/Pflegebedarf liegt vor? _____

Kranken-Pflegekasse: _____

Liegt ein Pflegegrad vor? nein ja : welcher: _____

Ab Pflegegrad 3: Besteht nächtlicher Hilfebedarf? nein ja

Ist ein Pflegedienst tätig? nein ja welcher? _____ Zeiten? _____

Gibt es eine MDK Begutachtung? Von: _____ Nachbegutachtung wann: _____

Gibt es körperliche Erkrankungen? _____

Gibt es psychische Erkrankungen? _____

Epilepsie Diabetes Allergien: _____

Gibt es Suchterkrankungen: nein ja : _____

Werden regelmäßig Medikamente genommen? nein ja

Wenn ja, ist Unterstützung erforderlich? nein ja

Beeinträchtigungen

Interessen

Unterstützungsbedarf

Berufliche Ausbildung? _____

Aktuelle Tätigkeit? nein ja wo? _____ Zeiten? _____

Was ist noch wichtig? _____

Haben Sie schon Kontakt zu einer Lebenshilfe-Einrichtung? In welcher Form? _____

Datum: _____ Unterschrift Interessent: _____

Datum: _____ Unterschrift rechtl. Betreuer: _____

Weitere Anmerkungen: