

Fragebogen zur Aufnahme in den LWL-Wohnverbund Marsberg

Persönliche Daten der Interessentin / des Interessenten:

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____
(mit Hauptwohnsitz gemeldet)

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
(Bundesland / Staat)

Familienstand: _____ Konfession: _____ Nationalität: _____

Gesetzl. Betreuer/in: _____ Telefon: _____
(Name, Vorname)

Fax: _____ Email-Adresse: _____

Anschrift: _____

Aufgabenkreis: _____
(Lt. Bestellungsurkunde)

Amtsgericht: _____ Az: _____

Angehörige:

a) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)

_____ (PLZ) _____ (Wohnort) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon)

b) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)

_____ (PLZ) _____ (Wohnort) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon)

c) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)

_____ (PLZ) _____ (Wohnort) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon)

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben !)

Gibt es Personen, zu denen der / die Interessent/in keinen Kontakt haben soll oder zu denen der Kontakt eingeschränkt werden soll (bitte Namen und Begründung angeben):

Vermögen: Verfügt die Interessentin / der Interessent über Vermögenswerte ? **ja / nein**

Falls ja, bitte näher erläutern: _____

Gründe für die Aufnahme in den LWL-Wohnverbund Marsberg:

- Eigenständiges Leben nicht mehr möglich.
- Häusliche Betreuung nicht mehr angemessen / ausreichend; Grund:
 - Krankheit / Alter / Tod der Angehörigen.
 - Betreuung und Pflege kann durch Angehörige oder Pflegedienste nicht geleistet werden.
 - Altersgemäßes Verlassen des Elternhauses.
- Betreuung in der derzeitigen Einrichtung nicht angemessen; Grund:
 - Klinische Behandlung nicht mehr erforderlich.
 - Andere Betreuungssituation wird gewünscht / ist erforderlich.
- Sonstige Gründe: _____

Andere vorrangige ambulante oder stationäre Hilfen ...

- sind nicht vorhanden.
- sind nicht ausreichend.
- sind nicht mehr ausreichend.
- sind nicht bekannt.
- werden nicht akzeptiert.
- Sonstiges: _____

Derzeitige Wohnsituation:

- Eigene Wohnung
- Wohnen bei Angehörigen
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Wohngemeinschaft
- Sonstiges: _____
- Wohneinrichtung
- Klinik
- Wohnungslos

Art der Behinderung:

- Intellektuelle (geistige) Behinderung
- Seelische (psychische) Behinderung / Psychische Erkrankung
- Behinderung auf Grund einer Suchterkrankung

Diagnosen: _____

■ **Frühere Erkrankungen:** _____
(z.B. Kinderkrankheiten, Unfälle, u.a.)

■ **Somatische Beeinträchtigungen / Organische Erkrankungen:** _____
(z.B. Diabetes, Epilepsie, Polyneuropathie, Allergien u. a.)

■ **Sozialer Hintergrund:** _____
(z.B. Familiärer Hintergrund, Verwahrlosungstendenzen, u. a.)

■ **Sucht:** _____
(z.B. Grad der hirnorganischen Beeinträchtigung)

Infektionskrankheiten:

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|
| (Verdacht auf) Hepatitis B: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| (Verdacht auf) Hepatitis C: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| (Verdacht auf) HIV: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| (Verdacht auf) TBC: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

Gefährdungssachverhalte:

- | | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--|
| Suizidversuche haben stattgefunden: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Aktuell besteht Suizidgefahr: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Gefährdet sich selbst: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Gefährdet Andere: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Entweichungstendenz besteht: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Ist verkehrssicher: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Ist räumlich orientiert: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Bei Verweigerung der Medikamenteneinnahme tritt Fremd- oder Eigengefährdung auf: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Bei Suchterkrankung: Starke Rückfallgefährdung unter stationären Betreuungsbedingungen: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |
| Handelt mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | nicht bekannt <input type="checkbox"/> |

Juristische Besonderheiten:

Vorstrafen wurden verhängt: ja nein nicht bekannt
Wenn ja: Welche ? _____

Bewährungsaufgaben bestehen: ja nein nicht bekannt
Wenn ja: Welche ? _____

Offene juristische Verfahren bestehen: ja nein nicht bekannt
Wenn ja: Welche ? _____

Befindet sich im Maßregelvollzug: ja nein nicht bekannt

Bei Beantwortung einer der Fragen mit „ja“: Bitte nähere Erläuterungen zu den Gründen und zum Zeitpunkt des Ereignisses: _____

Motivation / Veränderungsmotivation:

Ist mit der Aufnahme einverstanden: ja nein nicht bekannt

Betreuungsabbrüche haben stattgefunden: ja nein nicht bekannt

Ist absprachefähig: ja nein nicht bekannt

Sonstiges: _____

Angaben zum geistig-seelischen Bereich:

Ist kontaktfähig: ja nein nicht bekannt

Ist denk- und merkfähig: ja nein nicht bekannt

Ist zur eigenen Person und Situation orientiert: ja nein nicht bekannt

Ist zeitlich orientiert: ja nein nicht bekannt

Ist örtlich orientiert: ja nein nicht bekannt

Ist aggressiv gegenüber Sachen: ja nein nicht bekannt

Ist aggressiv gegenüber Personen: ja nein nicht bekannt

Ist autoaggressiv: ja nein nicht bekannt

Ist depressiv: ja nein nicht bekannt

Ist euphorisch: ja nein nicht bekannt

Ist motorisch unruhig: ja nein nicht bekannt

Neigt zum Zerstören: ja nein nicht bekannt

Bedarf der intensiven Aufsicht: ja nein nicht bekannt

Weitere Angaben zum geistig-seelischen Bereich: _____

Angaben zum körperlichen Bereich:

- Ist gehfähig: ja nein nicht bekannt
Treppensteigen ist möglich: ja nein nicht bekannt
Ist inkontinent: ja nein nicht bekannt
Orthopädische Hilfsmittel sind erforderlich: ja nein nicht bekannt
Ist auf einen Rollstuhl angewiesen: ja nein nicht bekannt
Hat Sinnesbeeinträchtigungen: ja nein nicht bekannt

Wenn ja: Welche ? _____

Weitere Angaben zum körperlichen Bereich: _____

Lebenspraktische Kompetenzen:

- Kann mit Geld umgehen: ja nein nicht bekannt
Führt Körperpflege selbständig aus: ja nein nicht bekannt
Ist selbständig beim Aufstehen / Zubettgehen: ja nein nicht bekannt
Nimmt Mahlzeiten selbständig ein: ja nein nicht bekannt
Ist selbständig beim An- und Auskleiden: ja nein nicht bekannt
Kann im eigenen Bereich Ordnung halten: ja nein nicht bekannt

Weitere Angaben zu lebenspraktischen Kompetenzen: _____

Medizinische Betreuung:

Welche Medikamente werden zur Zeit eingenommen ? _____

Diät:

Ist diätetische Kost erforderlich ? ja nein nicht bekannt

Wenn ja: welche ? warum ? _____

Wird diätetische Kost akzeptiert ? ja nein nicht bekannt

Gewünschte Unterbringung :

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer
- Zimmer im Erdgeschoss
- kein spezieller Wunsch

Ergänzende Unterlagen:

- | | | |
|---|--|--------------------------------|
| Sozial- und Verlaufsbericht: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Ärztlicher Bericht: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Bescheinigung nach § 36, Abs. 4 IfSG: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Evtl. aktueller Unterbringungsbeschluss: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Evtl. Genehmigung freiheitsentziehender
Maßnahmen: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Kostenzusage: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Clearingprotokoll: | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____
_____ | ist beigefügt <input type="checkbox"/> | folgt <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum

(Unterschrift: Antragsteller/in)

(Unterschrift: gesetzl. Betreuer/in)

Für Vermerke des LWL-Wohnverbundes Marsberg: