

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 1/12<br>Stand: 29.04.2016         |

*Für:*

|  |
|--|
| <b>Name:</b>   |
| <b>Vorname:</b>  |
| <b>Geburtsdatum:</b>   |
| <b>Geburtsort:</b>   |
| <b>Staatsangehörigkeit:</b>  |
| <b>Konfession:</b>   |
| <b>Familienstand:</b>  |
| <b>Derzeitiger Wohnort:</b> .....<br>(Straße, Hausnummer)<br>.....<br>(PLZ, Wohnort)<br>.....<br>(Telefonnummer) |

**Anmeldende/r**

|  |
|--|
| <b>Name:</b>   |
| <b>Funktion:</b>   |
| <b>Anschrift: :</b> .....<br>(Straße, Hausnummer)<br>.....<br>(PLZ, Wohnort)<br>.....<br>(Telefonnummer) |

\_\_\_\_\_  
 (Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
 (ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 2/12<br>Stand: 29.04.2016         |

## Eltern

|  | Mutter | Vater |
|--|--------|-------|
| <b>Name:</b>                               |        |       |
| <b>Vorname:</b>                            |        |       |
| <b>Geburtsdatum:</b>                       |        |       |
| <b>Familienstand:</b>                      |        |       |
| <b>Anschrift:</b>                          |        |       |
| <b>Telefon:</b>                            |        |       |
| <b>Arbeitgeber:<br/>Anschrift, Telefon</b> |        |       |
| <b>Sind Kontakte<br/>vorhanden?</b>        |        |       |
| <b>Werden Kontakte<br/>gewünscht?</b>      |        |       |

## Verwandte

| Name, Vorname | Anschrift | Telefon |
|---------------|-----------|---------|
|               |           |         |
|               |           |         |
|               |           |         |
|               |           |         |

## Gesetzlicher Betreuer

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Name, Vorname:</b> |  |
| <b>Anschrift:</b>     |  |
| <b>Telefon:</b>       |  |
| <b>Bereiche:</b>      |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 3/12<br>Stand: 29.04.2016         |

### Wichtige Kontaktpersonen

| Name, Vorname | Anschrift | Telefon |
|---------------|-----------|---------|
|               |           |         |
|               |           |         |
|               |           |         |

### Zuständiger Kostenträger

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Name:</b>            |  |
| <b>Anschrift:</b>       |  |
| <b>Telefon:</b>         |  |
| <b>Ansprechpartner:</b> |  |
| <b>Aktenzeichen:</b>    |  |

### Amtsgericht

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Anschrift:</b>     |  |
| <b>Telefon:</b>       |  |
| <b>Aktenzeichen:</b>  |  |
| <b>Beschluss vom:</b> |  |

### Krankenkasse

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>Name:</b>                   |  |
| <b>Anschrift:</b>              |  |
| <b>Telefon:</b>                |  |
| <b>Familienversichert bei:</b> |  |
| <b>Zuzahlungsbefreiung:</b>    |  |
| <b>Pflegestufe:</b>            |  |
| <b>Mitgliedsnummer::</b>       |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 4/12<br>Stand: 29.04.2016         |

## Behandelnde Ärzte

| Name,<br>Fachrichtung | Anschrift | Telefon |
|-----------------------|-----------|---------|
|                       |           |         |
|                       |           |         |
|                       |           |         |
|                       |           |         |
|                       |           |         |
|                       |           |         |

## Ausweise

|   | Ja | Nein | Gültig bis: |
|---|----|------|-------------|
| <b>Geburtsurkunde</b>   |    |      |             |
| <b>Personalausweis</b>  |    |      |             |
| <b>Behindertenausweis</b>   |    |      |             |
| <b>Streckenverzeichnis</b>  |    |      |             |
| <b>Impfausweis</b>  |    |      |             |
| <b>Krankenkassenkarte</b>   |    |      |             |
| <b>Kopie der<br/>Bestellungsurkunde</b>   |    |      |             |
| <b>Kopie des HMB Bogens</b>   |    |      |             |
| <b>Zeugnisse in Kopie</b>   |    |      |             |
| <b>Sonstiges:<br/>z.B. Vorsorgeheft,<br/>Schwimmausweis,<br/>Fahrradprüfung, etc.</b> |    |      |             |

## Angaben zur Behinderung und zum Gesundheitszustand

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 5/12<br>Stand: 29.04.2016         |

**Diagnose evt. Angabe gem. ICD 10** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ursachen der Behinderung** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Grad der Behinderung** \_\_\_\_\_

**Hilfebedarfsgruppe** \_\_\_\_\_

**Behandlungsbedürftige Krankheiten** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation**

| Name der Medikamente | Morgens | Mittags | Abends |
|----------------------|---------|---------|--------|
|                      |         |         |        |
|                      |         |         |        |
|                      |         |         |        |
|                      |         |         |        |
|                      |         |         |        |

**In welcher Form können Medikamente eingenommen werden? Vorlieben, Abneigungen, Ängste etc.** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 6/12<br>Stand: 29.04.2016         |

Bestehen Essstörungen oder Suchttendenzen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lebenslauf**

**Familiensituation** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aufenthalt in Heimen / Krankenhäusern**

| Von - bis | Name | Ort |
|-----------|------|-----|
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |
|           |      |     |

**Fördermaßnahmen und schulische Laufbahn**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 7/12<br>Stand: 29.04.2016         |

| Von - bis | Art der Maßnahme | Name der Einrichtung |
|-----------|------------------|----------------------|
|           |                  |                      |
|           |                  |                      |
|           |                  |                      |
|           |                  |                      |
|           |                  |                      |

### Ausbildungsmaßnahmen und Arbeitsverhältnisse

| Von - bis | Name und Anschrift | Förderung durch<br>Arbeitsamt |
|-----------|--------------------|-------------------------------|
|           |                    |                               |
|           |                    |                               |
|           |                    |                               |

**Teilnahme an einer internen Tagesstruktur ( Bitte kurz Art der Tätigkeit, die Materialien und den zeitlichen Umfang der Beschäftigung beschreiben)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sind kritische / traumatische Lebensereignisse bekannt? Wenn ja, welche und wann? Sind Zusammenhänge zu besonderen Verhaltensweisen oder Verhaltensänderungen erkennbar?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Personen dürfen keinen Kontakt aufnehmen? Bestehen entsprechende Gerichtsbeschlüsse?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 8/12<br>Stand: 29.04.2016         |

## Persönliche Kompetenzen

### Lebenspraktischer Bereich

|                          |
|--------------------------|
| <b>Körperpflege</b>      |
| <b>An- und Ausziehen</b> |
| <b>Essen und Trinken</b> |
| <b>Toilette</b>          |

### Wahrnehmung

|   |                  |                             |                              |
|---|------------------|-----------------------------|------------------------------|
| <b>Sehen</b>  | <b>Brille:</b>   | <input type="checkbox"/> a  | <input type="checkbox"/> ein |
| <input type="checkbox"/> <b>Keine Einschränkungen, volle Sehtüchtigkeit mit Brille</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sehfähigkeit eingeschränkt trotz Brille</b><br><input type="checkbox"/> <b>Stark sehbehindert</b> |                  |                             |                              |
| <b>Hören</b>  | <b>Hörgerät:</b> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> ein |
| <input type="checkbox"/> <b>Keine Einschränkung, volle Hörfähigkeit mit Hörgerät</b><br><input type="checkbox"/> <b>Hörfähigkeit eingeschränkt, trotz Hörgerät</b>  |                  |                             |                              |



|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                          | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e.V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 9/12<br>Stand: 29.04.2016         |

|  |
|--|
| <b>Stark Hörbehindert / taub</b>   |
| <b>Andere Wahrnehmungsbereiche</b>   |
| <b>z.B. Tastsinn, Gleichgewicht, Schmerzempfinden, Hitze, Kälte, Geruch, Geschmack</b> |

## Motorischer Bereich

|                                    |                         |                          |                          |              |
|------------------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| <b>Grobmotorik</b>                 | <b>Einschränkungen:</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>in</b>    |
| <b>Wenn ja, welche:</b>            |                         |                          |                          |              |
| <b>Notwendige Hilfsmittel:</b>     |                         |                          |                          |              |
| <b>Feinmotorik / Koordination:</b> | <b>Einschränkungen:</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>ja in</b> |
| <b>Wenn ja, welche:</b>            |                         |                          |                          |              |

## Kommunikation

|                                 |
|---------------------------------|
| <b>Verbale Kommunikation</b>    |
| <b>Nonverbale Kommunikation</b> |
| <b>Sprachverständnis</b>        |

## Kognitiver Bereich

|  |
|--|
| <b>Kulturtechniken</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Kann flüssig und korrekt schreiben</b>               |
| <input type="checkbox"/> <b>Kann einzelne Worte, den eigenen Namen schreiben</b> |
| <input type="checkbox"/>   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 10/12<br>Stand: 29.04.2016        |

|  |
|--|
| <b>Kann nicht schreiben</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Kann Texte lesen und verstehen</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Kann einzelne Worte erkennen</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Kann nicht lesen</b> |

## Orientierung

|  |
|--|
| <b>Örtliche Orientierung</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Ist Verkehrssicher</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Kann sich selbständig in der Stadt zurecht finden</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Kann sich selbständig im vertrauten Umfeld zurecht finden</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Findet sich nicht zurecht, braucht ständige Begleitung</b> |

|  |
|--|
| <b>Zeitliche Orientierung</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Kennt die Uhr</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Kann sich an zeitliche Absprachen halten</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Zeitliche Orientierung am Tagesablauf</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Keine zeitliche Orientierung</b> |

## Vorlieben und Interessen

|  |
|--|
| <b>Besondere Fähigkeiten, Hobbys</b>                       |
| <b>Gegenstände, die sie / er besonders mag / nicht mag</b> |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 11/12<br>Stand: 29.04.2016        |

|   |
|---|
| <b>Rituale und feststehende Abläufe</b> |
| <b>Bevorzugte Freizeitgestaltung</b>    |

### Sozialer und emotionaler Bereich

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Meist freundlich zugewandt, kann sich in die Gruppe einfügen</b><br><input type="checkbox"/> <b>Stört gelegentlich die Gruppe, Einzelgänger</b><br><input type="checkbox"/> <b>Problematische Verhaltensweisen</b><br><input type="checkbox"/> <b>Auto-/ Fremdaggressive Verhaltensweisen</b><br><input type="checkbox"/> <b>Sucht Kontakte vorwiegend zu den Mitarbeitern</b><br><input type="checkbox"/> <b>Hat feste Freunde / Freundin</b> |
|--|

- **fühlt sich wohl, wenn** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- **überwiegende Stimmungslage** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- **nimmt Kontakt auf durch** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- **sexuelle Verhaltensweisen** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Stadorf e. V.</b><br>Verein zur Förderung und<br>Integration für Menschen<br>mit einer Behinderung | <b>Aufnahmebogen</b>                           | <b>QM Handbuch</b><br>Kapitel: 2.4.1.4.1 |
|   | Stadorf e. V.<br>Alewinstraße 15, 29525 Uelzen | Seite: 12/12<br>Stand: 29.04.2016        |

- lässt sich motivieren durch \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- wird wütend, wenn \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- zeigt in Stresssituationen folgende Verhaltensweisen \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- lässt sich beruhigen durch \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- hat Probleme mit anderen, wenn sie \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- andere fühlen sich gestört, wenn \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
- Sonstiges \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_