Für Frau / Herrn

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:
Konfession:
Familienstand:
Derzeitiger Wohnort:..... (Straße, Hausnummer) ..... (PLZ, Wohnort) ..... (Telefonnummer)

Anmeldende/r

Name:
Funktion:
Anschrift: :..... (Straße, Hausnummer) ..... (PLZ, Wohnort) ..... (Telefonnummer) ..... (email)

_____ _____

(Ort, Datum) **(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)**

_____ _____

(Ort, Datum) **(ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers)**

Eltern

	Mutter	**Vater**
Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Familienstand:		
Anschrift und Email:		
Telefon:		
Arbeitgeber: Anschrift, Telefon		
Sind Kontakte vorhanden?		
Werden Kontakte gewünscht?		

Verwandte

Name, Vorname	**Anschrift**	**Telefon**

Gesetzlicher Betreuer

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	
Bereiche:	

Ersatzbetreuer

Name, Vorname:	
Anschrift:	
Telefon:	

Wichtige Kontaktpersonen

Name, Vorname	Anschrift	Telefon

Zuständiger Kostenträger

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	
Ansprechpartner:	
Aktenzeichen:	

Amtsgericht

Anschrift:	
Telefon:	
Aktenzeichen:	
Beschluss vom:	

Krankenkasse

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	
Familienversichert bei:	
Zuzahlungsbefreiung:	
Pflegestufe:	
Mitgliedsnummer::	

Behandelnde Ärzte

Name, Fachrichtung	Anschrift	Telefon

Ausweise

	Ja	Nein	Gültig bis:
Geburtsurkunde			
Personalausweis			
Behindertenausweis			
Streckenverzeichnis			
Impfausweis			
Krankenkassenkarte			
Kopie der Bestallungsurkunde			
Kopie des HMB Bogens			
Zeugnisse in Kopie			
Sonstiges:			

Angaben zur Behinderung und zum Gesundheitszustand

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?_____

Bestehen Essstörungen oder Suchttendenzen?_____

<u>Lebenslauf</u>

Familiensituation_____

Aufenthalt in Heimen / Krankenhäusern

Von - bis	Name	Ort

Fördermaßnahmen und schulische Laufbahn

Von - bis	Art der Maßnahme	Name der Einrichtung

Ausbildungsmaßnahmen und Arbeitsverhältnisse

Von - bis	Name und Anschrift	Förderung durch Arbeitsamt

Teilnahme an einer internen Tagesstruktur (Bitte kurz Art der Tätigkeit und den zeitlichen Umfang 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?_____

_____

_____

_____

_____

Persönliche Kompetenzen

Lebenspraktischer Bereich

Körperpflege
An- und Ausziehen
Essen und Trinken
Toilette

Wahrnehmung

Sehen	**Brille:** ja ☐ nein ☐
☐ **Keine Einschränkungen, volle Sehtüchtigkeit mit Brille** **Sehfähigkeit eingeschränkt trotz Brille** **Stark sehbehindert**	
Hören	**Hörgerät:** ja ☐ nein ☐
☐ **Keine Einschränkung, volle Hörfähigkeit mit Hörgerät** ☐ **Hörfähigkeit eingeschränkt, trotz Hörgerät** ☐ **Stark Hörbehindert / taub**	
Andere Wahrnehmungsbereiche z.B. Tastsinn, Gleichgewicht, Schmerzempfinden, Hitze, Kälte, Geruch, Geschmack	

Motorischer Bereich

Grobmotorik	**Einschränkungen:** ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche:	
Notwendige Hilfsmittel:	
Feinmotorik / Koordination:	**Einschränkungen:** ja ☐ nein ☐
Wenn ja, welche:	

Kommunikation

Verbale Kommunikation
Nonverbale Kommunikation
Sprachverständnis
Persönliche Besonderheiten

Kognitiver Bereich

Kulturtechniken
☐ Kann flüssig und korrekt schreiben ☐ Kann einzelne Worte, den eigenen Namen schreiben ☐ Kann nicht schreiben
☐ Kann Texte lesen und verstehen ☐ Kann einzelne Worte erkennen ☐ Kann nicht lesen

Orientierung

Örtliche Orientierung
☐ Ist Verkehrssicher ☐ Kann sich selbständig in der Stadt zurecht finden ☐ Kann sich selbständig im vertrauten Umfeld zurecht finden ☐ Findet sich nicht zurecht, braucht ständige Begleitung

Zeitliche Orientierung
☐ Kennt die Uhr ☐ Kann sich an zeitliche Absprachen halten ☐ Zeitliche Orientierung am Tagesablauf ☐ Keine zeitliche Orientierung

Vorlieben und Interessen

Besondere Fähigkeiten, Hobbys
Gegenstände, die sie / er besonders mag / nicht mag
Rituale und feststehende Abläufe
Bevorzugte Freizeitgestaltung

Sozialer und emotionaler Bereich

☐ Meist freundlich zugewandt, kann sich in die Gruppe einfügen ☐ Stört gelegentlich die Gruppe, Einzelgänger ☐ Problematische Verhaltensweisen ☐ Auto-/ Fremdaggressive Verhaltensweisen ☐ Sucht Kontakte vorwiegend zu den Mitarbeitern ☐ Hat feste Freunde / Freundin

- **fühlt sich wohl, wenn**_____

- **überwiegende Stimmungslage**_____

- **nimmt Kontakt auf durch**_____

- **sexuelle Verhaltensweisen**_____

- **lässt sich motivieren durch**_____

- **wird wütend, wenn**_____

- **zeigt in Stresssituationen folgende Verhaltensweisen**_____

- **lässt sich beruhigen durch**_____

- **hat Probleme mit anderen, wenn** _____

  _____

  _____

- **andere fühlen sich gestört, wenn** _____

  _____

  _____

Was Sie uns sonst noch Wichtiges sagen wollen_____

_____

_____

_____

_____

_____