

# **Fragebogen zur Aufnahme in den LWL-Wohnverbund Marsberg**

## **Persönliche Daten der zur Aufnahme angefragten Person:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(mit Hauptwohnsitz gemeldet)

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
(Bundesland / Staat)

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

**Rechtliche Betreuung:** \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

Telefon (Festnetz): \_\_\_\_\_ Telefon (Mobil): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_  
(Lt. Bestellungsurkunde)

Amtsgericht: \_\_\_\_\_ Az: \_\_\_\_\_

*Bitte Bestellungsurkunde beifügen*

## **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, ggf. eine sonstige Vertrauensperson angeben!)

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

Falls sich die:der Interessent:in zurzeit in einer Einrichtung aufhält:

Name d. Ansprechpartner:in: \_\_\_\_\_

Name d. Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift / Telefon: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_ Az: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

(familienversichert? selbst versichert?)

gesetzlich versichert  privat versichert

Befreiung von Zuzahlungen (z.B. Medikamente):

ja  nein Befreiungs-Nr: \_\_\_\_\_

Pflegeversicherung: Antrag gestellt:  ja  nein

Pflegegrad zuerkannt?  nein  ja, und zwar Pflegegrad \_\_\_\_\_

Falls ja, bitte Pflegegutachten beifügen

Ausweise:

Personalausweis:  ja  nein Nr.: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:  ja  nein GZ: \_\_\_\_\_

bitte Kopie beifügen

Beiblatt zum Schwerbehindertenausweis:

ja  nein

Aktuelle hausärztliche Versorgung:

(Praxis)

(Anschrift)

(Telefon)

Aktuelle psychiatrische / neurologische Versorgung:

(Praxis)

(Anschrift)

(Telefon)

Aktuelles monatliches Einkommen:

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

Bitte entsprechende Bescheide Rentenversicherung/Sozialamt beifügen

Vermögen: Verfügt die:der Interessent:in über Vermögenswerte?  ja  nein

Falls ja, bitte näher erläutern:

Art der Beeinträchtigung:

- Kognitive Beeinträchtigung
- Psychische Beeinträchtigung
- Abhängigkeitsbedingte Beeinträchtigung
- Sonstige Beeinträchtigungen:

Diagnosen - bitte ausschreiben (nicht nur ICD-Codes auflisten):

---

---

---

---

■ **Frühere schwerwiegende Erkrankungen / Unfälle:**

---

---

■ **Somatische Beeinträchtigungen / Organische Erkrankungen:**

(z.B. Diabetes, Epilepsie, Polyneuropathie, Allergien...)

---

---

■ **Sozialer Hintergrund:**

(z.B. familiäre Beziehungen)

---

---

■ **Aktuelle Suchtprobleme:**

(z.B. bevorzugte Suchtmittel)

---

---

**Infektionskrankheiten:**

(Verdacht auf) Hepatitis B: ja  nein  nicht bekannt

(Verdacht auf) Hepatitis C: ja  nein  nicht bekannt

(Verdacht auf) HIV: ja  nein  nicht bekannt

(Verdacht auf) TBC: ja  nein  nicht bekannt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gefährdungssachverhalte:**

Suizidversuche haben stattgefunden: ja  nein  nicht bekannt

Aktuell besteht Suizidgefahr: ja  nein  nicht bekannt

Gefährdet sich selbst: ja  nein  nicht bekannt

Gefährdet andere: ja  nein  nicht bekannt

Entweichungstendenz besteht: ja  nein  nicht bekannt

Hat Probleme im Straßenverkehr: ja  nein  nicht bekannt

Soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen: ja  nein  nicht bekannt

Bei Verweigerung der Medikamenteneinnahme tritt Fremd- oder Eigengefährdung auf: ja  nein  nicht bekannt

Bei Suchterkrankung: Starke Rückfallgefährdung: ja  nein  nicht bekannt

Handelt mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen: ja  nein  nicht bekannt

Ist nicht krankheitseinsichtig: ja  nein  nicht bekannt

#### Juristische Besonderheiten:

Richterlicher Beschluss zur Genehmigung einer geschlossenen Unterbringung oder anderer freiheitsentziehender Maßnahmen liegt vor: ja  nein  nicht bekannt

Vorstrafen wurden verhängt: ja  nein  nicht bekannt   
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

Befindet sich aktuell im Strafvollzug: ja  nein  nicht bekannt   
Wenn ja: Delikt? \_\_\_\_\_

Bewährungsaufgaben bestehen: ja  nein  nicht bekannt   
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

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

Befand / befindet sich im Maßregelvollzug: ja  nein  nicht bekannt   
Wenn ja: Einweisungsdelikt? \_\_\_\_\_

Besteht aktuell Führungsaufsicht: ja  nein  nicht bekannt

*Bei Beantwortung einer der Fragen mit „ja“: Bitte schriftliche Unterlagen beifügen (z.B. Beschluss, Urteil, Bewährungsaufgaben)*

#### Motivation / Veränderungsmotivation:

Ist mit einer möglichen Aufnahme einverstanden: ja  nein  nicht bekannt

Ist absprachefähig: ja  nein  nicht bekannt

Ist einsichtig und kooperativ hinsichtlich der Einnahme/Verabreichung ärztlich verordneter Medikamente: ja  nein  nicht bekannt

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Angaben zum geistig-seelischen Bereich:

- Hat soziale Rückzugstendenzen: ja  nein  nicht bekannt
- Ist im Kontakt distanzgemindert: ja  nein  nicht bekannt
- Hat Merkfähigkeits-/Gedächtnisstörungen: 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
- Kann schreiben: ja  nein  nicht bekannt
- Kann lesen: ja  nein  nicht bekannt
- Ist aggressiv gegenüber Sachen: ja  nein  nicht bekannt
- Neigt zum Zerstören: 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
- Bedarf der intensiven Aufsicht: ja  nein  nicht bekannt
- Hat Schlafstörungen: ja  nein  nicht bekannt

Weitere Angaben zum geistig-seelischen Bereich:

---

### Angaben zum körperlichen Bereich:

- Ist gehfähig: ja  nein  nicht bekannt
- Kann Treppen steigen: ja  nein  nicht bekannt
- Ist inkontinent: ja  nein  nicht bekannt
- Orthopädische Hilfsmittel sind erforderlich: ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_

- Ist auf einen Rollstuhl angewiesen: ja  nein  nicht bekannt
- Ist auf einen Rollator 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 zurzeit 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
- 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"/>
Gutachten:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Beschlüsse:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Kostenzusage für Fachleistungen:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Bescheid Sozialamt:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Bescheid Rentenversicherung:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Ggf. Pflegegutachten:	ist beigefügt <input type="checkbox"/>	folgt <input type="checkbox"/>
Kopie Schwerbehindertenausweis:	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: zur Aufnahme angefragte Person)**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift: rechtliche Betreuung)**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift: antragstellende Person)**