

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. Bestellsurkunde)

Amtsgericht: _____ Az: _____

Bitte Bestellsurkunde 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)