

1. Kontaktdaten Ansprechpartner für die Lebenshilfe Kirchheim

Name, Vorname _____

PLZ/Wohnort _____ Straße _____

Telefon privat _____ Telefon dienstlich _____

Telefon mobil _____ E-Mail _____

2. Angaben zum Interessenten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Schwerbehindertenausweis Ja nein Merkzeichen _____

Grad der Schwerbehinderung in % _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Gibt es bereits genutzte Therapieangebote?

Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie Sonstiges

Unterstützung nachts erforderlich? Ja nein

Wenn ja, welcher Unterstützungsbedarf _____

Aufsichtsbedarf außerhalb der Wohngruppe _____

Aktuelle Tagesstruktur: WfbM Förder- und Betreuungsbereich Sonstiges

Träger, Informationen zur Tagesstruktur _____

3. Angaben Angehörige / gesetzlicher Betreuer

Vater: gesetzlicher Betreuer Ja nein

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Mutter: gesetzliche Betreuerin Ja nein

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Gesetzlicher Betreuer (falls abweichend)

Name, Vorname _____

Umfang Betreuung _____

Persönliche Situation in der Familie. Welche Belastungen gibt es?

4. Für wann suchen Sie einen Platz?

2020 2021 2022 zu einem späteren Zeitpunkt

5. Für welche Wohnform suchen Sie einen Platz?

Stationäres Wohnen Ambulant Unterstütztes Wohnen ich bin mir nicht sicher

6. Wohntraining

Im stationären Wohnen gibt es für das Wohntraining auch Einzelzimmer mit Küchenzeile.

Voraussetzung für die Belegung: alltagspraktische Fähigkeiten, z.B. selbständige Zubereitung von Mahlzeiten für unseren Bedarf interessant für uns nicht interessant

7. Wir sind Mitglied

der Lebenshilfe Kirchheim seit _____ der Lebenshilfe _____ seit _____

8. Waren Sie bereits Kurzzeit-Gast in unserer Einrichtung? Ja nein

9. Nutzen Sie bereits Angebote der Lebenshilfe Kirchheim? FED AKB
 Carl-Weber-Kindergarten

10. Warum möchte der Interessent einziehen?

Der Interessent wohnt derzeit noch zu Hause
 Der Interessent wohnt derzeit in einer anderen Einrichtung _____

11. Hilfe- und Unterstützungsbedarf des Interessenten

Gibt es medizinische Besonderheiten? Sonde Katheter Epilepsie
 Allergien chronische Erkrankungen Sonstiges

Sind Hilfsmittel erforderlich? Rollstuhl Rollator Lifter
 Pflegebett Sonstiges

Kann der Interessent z.B. bei Krankheit alleine bleiben? Ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Lebensbereich	Grad der Selbständigkeit		
	ohne Hilfe	mit Hilfe	durch MA
Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einnahme der Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen morgens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen abends	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anziehen / Ausziehen der Kleidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

MA = Mitarbeiter

12. Kommunikation, Orientierung und Mobilität

- Verbale Verständigung möglich eingeschränkt möglich nicht möglich
- Zeichensprache möglich eingeschränkt möglich nicht möglich
- Orientierung im Wohnheim möglich eingeschränkt möglich nicht möglich
- Orientierung in fremder Umgebung möglich eingeschränkt möglich nicht möglich
- Verkehrssicherheit ja nein
- Radfahren ja nein
- Ständige Aufsicht erforderlich ja nein
- Weglauftendenz ja nein
- Mobilität ja nein eingeschränkt
- Nutzung öffentl. Verkehrsmittel: alleine nur in Begleitung

13. Freizeitgestaltung und Mobilität

- Der Interessent ist eher zurückgezogen kontaktfreudig
- Gibt es Kontakte zu Freunden und Bekannten? Ja nein
- Hobbies und Interessen, z.B. Clubs, Vereine _____

Ort, Datum

Unterschrift Angehöriger / gesetzlicher Betreuer