

**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?**

2018     2019     2020     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