



Aufnahmeantrag für den Wohnbereich des Lebenshilfe Werkstätten e.V. Schmerlenbach

Kontakt:

Dagmar Schmitt, Bereichsleitung gemeinschaftl. Wohnen

Lebenshilfe Schmerlenbach Email: dschmitt@wfbm-schmerlenbach.de
Zentralverwaltung Tel.: 06021/ 44373-200
Bayreuther Straße 9 Fax: 06021/44373-7040
63743 Aschaffenburg

Hiermit beantrage ich die Wohnheimaufnahme
 die Aufnahme ins Ambulant Unterstützte Wohnen

für

ab sofort frühestens ab.....

Falls Dringlichkeit gegeben ist, bitte Grund nennen

.....

Anschrift und Telefonnummer aufzunehmende Person:

.....
.....
.....

Geboren am

.....

Grad der Behinderung /

Merkzeichen.....

Diagnose.....

Welche Rahmenbedingungen braucht der/die Interessent/-in, um sich wohlfühlen.
Welche Wohnform wird gewünscht?

.....
.....

Körperliche Behinderung

.....
.....

Rollstuhlfahrer ja nein

Umsetzen selbständig möglich ja nein

Sinnesbehinderung

.....

Psychische Behinderung

.....
.....

Beschreibung einer vorliegenden Selbst-/ Fremdgefährdung (z.B. Suizidversuche, aggressive Verhaltensweisen)

.....
.....

Suchtverhalten: Gab es oder gibt es Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?

.....
.....

Besonderheiten im Verhalten

.....
.....

Besondere Fähigkeiten, Interessen, Vorlieben, Gewohnheiten

.....
.....
.....

Zusätzliche für die Aufnahme wichtige Informationen:

.....
.....

Aufnahme in Doppelzimmer möglich

Aufnahme nur in Einzelzimmer

Beschäftigt in: WfbM Schmerlenbach
 WfbM Aschaffenburg

WfbM Stockstadt
 WfbM Großheubach

.....

Arbeitsgruppe.....

Derzeit Tagesstruktur in der Einrichtung.....

derzeit keine Tagesstruktur

Anschrift, Telefonnummer, Email-Adresse gesetzlicher Betreuer:

.....
.....

Bitte legen Sie eine Kopie Ihres Betreuerausweises bei

Weitere Kontaktpersonen Adresse und Telefonnummer

.....
.....

Ich bestätige die Richtigkeit der angegebenen Daten und bin damit einverstanden, dass die hier mitgeteilten Sozialdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse) an den Bezirk Unterfranken und an die Regierung von Unterfranken zur Bedarfsermittlung weitergeleitet werden.

Personenbezogene Daten werden nur in dem Umfang erhoben, gespeichert und verarbeitet, wie dies zur Bearbeitung des Aufnahmeantrags notwendig ist. Alle vertraglich bei der Lebenshilfe Werkstätten e. V. Schmerlenbach angestellten Mitarbeiter haben sich bei der Anstellung schriftlich zur Verschwiegenheit auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Lebenshilfe Werkstätten e. V. Schmerlenbach darf personenbezogene Daten nur mit Einwilligung des betreffenden Klienten an Dritte weiterleiten.

.....
Datum, Unterschrift gesetzlicher Betreuer

.....
Unterschrift aufzunehmende Person

Durch diesen Antrag kann kein rechtsverbindlicher Anspruch auf einen rechtzeitig zur Verfügung zu stellenden Wohnheimplatz abgeleitet werden. Ebenso ist der Antragsteller nicht verpflichtet, einen von den Lebenshilfe Werkstätten e.V. Schmerlenbach angebotenen Wohnheimplatz anzunehmen.

Lebens und Betreuungsformen Angaben über aufzunehmende Person

Gerne können Sie Bemerkungen zur genaueren Beschreibung ergänzen

Körperpflege

- braucht vollständige Hilfe
 - braucht Mithilfe
 - selbständig, braucht Beobachtung und gelegentliche Korrektur
 - selbständig, braucht Aufforderung
 - selbständig
- Bemerkung/
Besonderheiten.....

Nahrungsaufnahme

- muss angereicht werden
 - braucht Mithilfe
 - selbständig, Essen muss gerichtet werden
 - selbständig, braucht Aufforderung
 - selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Toilette

- braucht vollständige Hilfe
 - braucht Mithilfe
 - selbständig, braucht Beobachtung und gelegentliche Korrektur
 - selbständig, braucht Aufforderung
 - selbständig
 - Inkontinenzversorgung; Art.....
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Hauswirtschaftliche Versorgung

- braucht vollständige Hilfe
 - braucht Mithilfe
 - selbständig, braucht Beobachtung und gelegentliche Korrektur
 - selbständig, braucht Aufforderung
 - selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Mobilität

- braucht vollständige Hilfe
 - braucht Mithilfe
 - selbständig, braucht Beobachtung und gelegentliche Korrektur
 - selbständig, braucht Aufforderung
 - selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Orientierung/ Verkehrssicherheit

- braucht immer Begleitung
- braucht Mithilfe
- selbständig, braucht Beobachtung und gelegentliche Korrektur
- selbständig, braucht Aufforderung
- selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Sprache

- spricht nicht
- spricht wenig
- spricht und unterhält sich
- versteht Sprache
- reagiert auf Ansprache
- Kommunikationsformen/ Hilfsmittel
-

Freizeitgestaltung

- braucht Unterstützung/ Begleitung
- braucht Anregung
- gestaltet selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Kontaktaufnahme

- gesellig
- interessiert
- Tendenz zum Rückzug
- extremer Rückzug
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Kontaktpflege

- braucht vollständige Hilfe
- braucht Mithilfe
- selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Konfliktlösungsverhalten

- braucht vollständige Hilfe
- braucht Mithilfe
- selbständig
- Bemerkung/ Besonderheiten.....

Impulssteuerung/ Aggressivität:

unauffällig

Auffälligkeiten: Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Ängste

Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Über- / Unterempfindlichkeiten

Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Selbstverletzendes Verhalten

Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Weglaufen

Situationen, Häufigkeit.....

.....

.....

Unruhe

Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Schlafstörung

Auslöser, Beschreibung, Häufigkeit.....

.....

.....

Orthopädische Hilfsmittel

Rollstuhl Rollator Lifter Pflegebett

Sonstiges.....

Zahnersatz.....

Aufbissschiene

Hilfsmittel zum Ausgleich von Sinnesbehinderungen

Brille

Hörgerät

Sonstiges.....

Spezielle Krankenpflege

Sonde

Katheder

Sonstiges.....

Therapien

Krankengymnastik Ergotherapie Logopädie Psychotherapie Reittherapie

Gesundheit

Chronische Erkrankungen/ Allergien

.....

Medikamentöse Versorgung

umfassende Versorgung

braucht Unterstützung beim Stellen, Einnahme selbständig

selbständig, braucht Aufforderung

selbständig

Wurden bereits Begutachtungen durchgeführt? Falls vorhanden:

Pflegegrad (medizinischer Dienst der Krankenkassen)

Hilfebedarf nach Metzler.....

Sonstige (z. B. Arzt- oder Entwicklungsberichte, Zeugnisse...-bitte als Anlage beifügen)