

# Fragebogen zur Aufnahme

Mitarbeiter:

Datum:

**Name, Vorname:**

Tel.: , Handy:

Aktueller Wohnort: **Straße, Nr., PLZ, Ort, Stadtteil:** Stadtbezirk ---

Geburtsname: Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: **ledig** Konfession: Staatsangeh.: **deutsch**

Personalausweis: ja  nein  Nr.:

Betreuungsbeginn: **Fachleistungsstunden:**

Kostenträger: --- AZ: , Eigenanteil: **0,00 €**

Ansprechpartner: , Telefon: , Fax:

Bewilligungszeitraum: von bis:

Aufenth. v. Betr.beginn: **Straße, Nr., PLZ, Ort**

**Gesetzl. Betreuung: Name, Vorname**

Anschrift: **Verein, Straße, Nr., PLZ, Ort, E-Mail**

Telefon: , Fax: , Handy: AZ:

- Bereiche:  **Vermögen** ohne Einwilligungsvorbehalt  
 **Gesundheit** ohne Einwilligungsvorbehalt  
 **Aufenthalt** ohne Einwilligungsvorbehalt  
 **Wohnungsangelegenheit** ohne Einwilligungsvorbehalt  
 **Ämter/Behörden** ohne Einwilligungsvorbehalt

**Vertrauensperson: Name, Straße, Nr., PLZ, Ort, E-Mail**

Telefon: , Fax: , Handy:

nächste Angehörige: **Name, Straße, Nr., PLZ, Ort, E-Mail**

Telefon: , Fax: , Handy:

**Sozialer Hintergrund (z.B. familiärer Hintergrund):**

**Krankenkasse:** , **Straße, Nr., PLZ, Ort** Telefon: , Fax:

Rezept-Befreiung: **Nein** Versicherungs-Nr.

Facharzt (Psychiatrie): , **Straße, Nr., PLZ, Ort, E-Mail** Telefon: , Fax:

Psychiatr. Diagnosen: **ICD10 bitte Diagnose ausschreiben**

Medikation: nein  ja  (siehe ges. Medikamentenblatt in blauer Akte vor Ort)

Hausarzt: , **Straße, Nr., PLZ, Ort, E-Mail** Telefon: , Fax:

Weitere Ärzte:

Körperl. Diagnosen (z.B. Diabetes Melitus, Allergien, Polyneuropathien u.a.):

Diät: nein  ja  wenn ja: welche?

Frühere Erkrankungen (z.B. Kinderkrankheiten, Unfälle u.a.):

Medikation: nein  ja  (siehe ges. Medikamentenblatt in blauer Akte vor Ort)

Kontinenzprodukte nein  ja  wenn ja: welche?

SGB XII §61ff (Hilfe zur Pflege) nein  ja

SGB XII §70 (Hilfe zur Weiterführung des Haushalts) nein  ja

Suchtkrank  Geistig behindert  Psychisch behindert  Körperlich behindert

Autismus  Epilepsie  Medikamentenvergabe  APK  Ergotherapie  Sonstiges

**Ansteckende Erkrankungen: Hepatitis B: nicht bekannt Hepatitis A: nicht bekannt**

**HIV: nicht bekannt TBC: nicht bekannt**

**Sonstiges: nicht bekannt**

SGB V vorhanden:

SGB XI: Antrag gestellt: --- am: Bescheid vom: Widerspruch Pflegestufe: ---

Schwerbehindertenausweis: ja  nein  GZ:

Grad der Behinderung: **Nein%**, Buchstaben:

AZ Vers. Amt: , gültig bis

Beiblatt/Wertmarke: ja  nein

GEZ-Befreiung:

Tagesstruktur: --- Ansprechpartner: Telefon: Fax:

---

<b>Einkommen:</b>	€,	Art: ---,	AZ:
	€,	Art: ,	AZ:
	€,	Art: ,	AZ:

---

**Giro-Konto:** Konto-Nr.: , BLZ: , Institut:

Unterschriftenregelung: Klient ist nicht unterschreibungsberechtigt.

Ersparnisse: **Nein**

Schulden: **Nein**

Unterhaltsverpflichtg.: **Nein** Unterhaltsanspruch: **Nein**

Gibt es Einkommen und verwertbares Vermögen über der Freigrenze: ja  nein

Bemerkungen:

Zuständiges Sozialamt: ---

Ansprechpartner: , Telefon: , Fax:

Wohngeld: AZ Wohng.Amt:

Mehrbedarf: RV-Träger:

Ansprechpartner: , Telefon: , Fax:

---

Mietstruktur: € **siehe Mietakte**

(KM: / NK: / Strom: / Hzg: / Küche: / Sonstiges: )

Vermietung durch PTV: **Nein**

Bemerkungen:

---

**Besondere Vereinbarungen:** nein  ja , und zwar:

<b>Bemerkungen:</b>	<b>Gefährdungssachverhalte:</b>		
Suizidversuch hat stattgefunden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Aktuell besteht Suizidgefahr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Gefährdet sich und andere	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Sind Gewalthandlungen bekannt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Ist verkehrssicher	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Ist zeitlich orientiert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Ist räumlich orientiert	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Soziale Anpassungsschwierigkeiten bestehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Bei Verweigerung der Medikamenteneinnahme tritt Fremd- oder Eigengefährdung auf	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Bei Suchterkrankung: Starke Rückfallgefährdung auch unter stationären Betreuungsbedingungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Bei Suchterkrankungen: Handelt mit Alkohol, Medikamenten oder Drogen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Vorstrafen wurden verhängt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche?			
Bewährungsaufgaben bestehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche?			
Offene juristische Verfahren bestehen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	keine Angabe <input type="checkbox"/>
Wenn ja: Welche?			

Befindet sich im Maßregelvollzug: ja  nein  keine Angabe

**Falls zur Zeit im in einem Heim oder Krankenhaus**

Name der Einrichtung:

Name der Station:

Anschrift / Telefon:

Kostenträger bei Heimaufenthalt:

**Die angefragte Hilfe scheint angemessen:** ja  nein

Bei **nein**: Gründe:----

Eigene Entscheidung für das ABW: ja  nein  keine Angabe

Fremdbestimmte Entscheidung für das ABW: ja  nein  keine Angabe

Betreuungsabbrüche haben stattgefunden: ja  nein  keine Angabe

Ist absprachefähig: ja  nein  keine Angabe

Ist absprachewillig: ja  nein  keine Angabe

Hilfebedarfserfassung durch: IBRP-Bogen (modifiziert), siehe Anlage 1

**Derzeitige Wohnform:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eigene Wohnung             | <input type="checkbox"/> Wohnheim:             |
| <input type="checkbox"/> Wohnen bei Angehörigen     | <input type="checkbox"/> Klinik:               |
| <input type="checkbox"/> Wohnungslos                | <input type="checkbox"/> Senioren-/Pflegeheim: |
| <input type="checkbox"/> Übernachtungsstellen       | <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft:     |
| <input type="checkbox"/> Ambulant Betreutes Wohnen: |  |

**Gewünschte Wohnform:**

- Einzelwohnung
- Wohngemeinschaft
- Hausgemeinschaft
- Stockwerk
- Lage/Stadtteil:---
- Verbleib in der jetzigen Wohnform

**Rahmenbedingungen:**

- Fahrstuhl:
- Behindertengerecht:
- Notrufanlage:

**Möblierung erforderlich?** ja  nein

- Küche:
- Bad:
- WC:
- Eigener Wohnraum:

**Technische Ausstattung erforderlich?:** ja  nein

- Trockner:
- Waschmaschine:

- Sonstiges:

**Erforderliche Unterlagen:**

- Sozial- und Verlaufsbericht
- Ärztlicher Bericht
- Kostenzusage
- Protokoll der Hilfeplankonferenz
- Einkommens und Vermögensnachweis
- Sozialhilfe Grundantrag
- Hilfebedarfsermittlung (IBRP/Metzler)

**Basisunterlagen:**

- Bogen 1 (Erhebungsbogen)
- Bogen 2 (Pers. Stellungnahme)
- Bogen 3 (Ziel- und Maßnahmeplanung)
- Entbindung von der Schweigepflicht LWL
- Entbindung von der Schweigepflicht PTV
- Bestattungsurkunde
- Schwerbehindertenausweis
- Einkommens-/Vermögensnachweis
- Sonstiges: ist beigefügt

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift: Antragsteller/in)

**Für Vermerke des PTV:**