

Informationsbogen für das Probewohnen

Wir bitten Sie, diesen Bogen - soweit es Ihnen möglich ist - auszufüllen und vorab zuzusenden bzw. bei der Aufnahme für das Probewohnen abzugeben.

Persönliche Daten



Name	:	_____
Vorname	:	_____
Geburtsdatum	:	_____ geb. in _____
Anschrift	:	_____

Mutter:

Name	:	_____
Vorname	:	_____
Adresse (falls abweichend)	:	_____
Telefon privat	:	_____ dienstlich: _____
Email	:	_____

Vater:

Name	:	_____
Vorname	:	_____
Adresse (falls abweichend)	:	_____
Telefon privat	:	_____ dienstlich: _____
Email	:	_____

Gesetzliche BetreuerIn : Mutter Vater (bitte ankreuzen)

Daten des gesetzlichen Betreuers (falls nicht Mutter oder Vater)

Name	:	_____
Anschrift	:	_____
Telefon	:	_____
E-Mail	:	_____
Wirkungskreise d. Betreuung:	:	_____

Einschränkungen



Geistige Behinderung : ja nein (bitte ankreuzen)

Wenn ja,

Anfallsleiden / Epilepsie : ja nein

Seelische Behinderung : ja nein (bitte ankreuzen)

Wenn ja,

Autismus-Spektrum
-Störung (ASS) : ja nein

Autoaggressionen : ja nein

Körperliche Behinderung : ja nein (bitte ankreuzen)

Wenn ja,

Rollstuhlfahrer : ja nein

Rollator : ja nein

Taub, Stumm o. Blind : ja nein

Diagnosen:

ICD-10 Diagnosen : _____

(wenn möglich, den letzten ausführlichen ärztliche Befund mit entsprechenden ICD-10 Diagnosen beifügen)

Grad der Behinderung : _____

Einstufung Pflegegrad : _____

Allergien : _____

Sonstige Angaben zum
Gesundheitszustand : _____

Arbeit



Arbeitsplatz bei/seit : _____
 Anschrift : _____
 Abteilung : _____
 GruppenleiterIn : _____
 Telefon-Durchwahl : _____
 E-Mail : _____

Verfügungsgeld



Sie sollten/können Verfügungsgeld mitbringen, über welches Sie selbstverständlich frei verfügen können ja nein

Wir machen aber gerne aus Sicherheitsgründen das Angebot, Ihr Geld sicher im Dienstzimmer zu verwahren. ja nein



Begleitung bei der Körperpflege



Die Mitarbeiter begleiten Sie selbstverständlich bei der Körperpflege, wenn dieses von Ihnen gewünscht wird: wird gewünscht wird nicht gewünscht

Wenn ja, beschreiben Sie bitte, wobei Sie Begleitung wünschen:

Allergien/Unverträglichkeiten/Unverträgliche Nahrungsmittel?



Sonstige bekannte/chronische Krankheiten?



Haben Sie Probleme in Ihrer Beweglichkeit?



Freizeit



Sind sie verkehrssicher:



ja

nein

Können Sie in Begleitung mit dem Fahrrad fahren



ja

nein

Können Sie Schwimmen



ja

nein

Was tun Sie gerne in Ihrer freien Zeit?





Dauermedikation bzw. wichtige Medikamente

wir weisen darauf hin, dass wir nur Medikamente verabreichen dürfen, wenn uns dazu eine ärztliche Verordnung vorliegt- das gilt auch für einfache Schmerzmittel

Falls Sie Medikamente nehmen müssen/sollen, nehmen Sie ihre Medikamente selbstständig ein und verwahren diese in ihrem Zimmer ja nein

Die Medikamente sollen von den Mitarbeitern gestellt und verabreicht werden: ja nein

Medikament : _____

Dosierung : _____

Medikament : _____

Dosierung : _____

Bedarfsmedikation

Anlass : _____

Medikament : _____

Dosierung : _____

Anlass : _____

Medikament : _____

Dosierung : _____

Krankenhaus : _____

Grund : _____



Was möchten Sie uns noch mitteilen

(Hobbys Bedürfnisse und Vorlieben, Besonderheiten usw.)

Ort, Datum

(Unterschrift)