

## Informationsbogen für das Probewohnen

**Wir bitten Sie, diesen Bogen - soweit es Ihnen möglich ist - auszufüllen uns 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	:	_____

<b><u>Gesetzliche BetreuerIn</u></b>	:	<input type="radio"/> Mutter	<input type="radio"/> 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)