

Wohn- und Betreuungsplatzanfrage



WMB Wohnen für Menschen mit Behinderung gGmbH
Postfach 20 02 63,51497 Rösrath
Tel.: 02205/92200 – Fax: 02205/922020
www.lebenshilfe-rbk.de
mail@wmb-online.de

Ambulant Betreutes Wohnen

Wohnen im Wohnhaus

Angaben Klient/-in:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Lebt zurzeit:

Elternhaus Wohneinrichtung Pflegefamilie

eigene Wohnung Sonstiges: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____

Angaben des Antragstellers/Beziehung zum/zur Klient/-in

Eltern gesetzliche Betreuung Berufsbetreuer

Angehöriger/Verwandtschaftsverhältnis: _____

Sonstige: _____

Haben Sie die gesetzliche Betreuung bezügl. Aufenthaltsbestimmungsrecht?

ja

nein

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestattungsurkunde/aktuellen Bescheid des Amtsgerichtes bei.

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.-Nr. privat: _____

Tel.-Nr. dienstl.: _____

Handy-Nr.: _____

Email: _____

Art der Behinderung:

ärztliche Diagnose: _____

Bitte fügen Sie Kopien von Arztberichten/ärztlichen Gutachten bei.

weitere Beschreibung: _____

Grad der Behinderung (%): _____

Rollstuhlfahrer ja nein

Gehbehinderung ja nein

Gibt es bereits eine Akte beim Landschaftsverband Rheinland (Kostenträger)?

ja nein

Aktenzeichen des Landschaftsverbandes: _____

Liegt ein Individueller Hilfeplan vor?

ja, vom _____ (bitte Kopie beifügen) nein

Liegt eine Einstufung nach Leistungstyp vor?

ja, in Leistungstyp _____ nein

Pflegekasse: _____

Pflegestufe: _____

Angaben zum Pflege- und Betreuungsaufwand

1. Individuelle Basisversorgung

1.1 Aufstehen / zu Bett gehen

allein braucht Hilfe, welche? _____

1.2 In welcher Form ist eine Betreuung nachts notwendig?

gar nicht telef. Rufbereitschaft Nachtbereitschaft

Nachtwache

1.3 Körperpflege (Ganz- od. Teilwaschung, Morgen- u. Abendtoilette)

keine Hilfestellung erforderlich nach Aufforderung

mit geringer Hilfestellung intensive Unterstützung bzw. stellvertretende Ausführung

1.4 persönliche Hygiene / Toilettenbenutzung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung erforderlich | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung |
| <input type="checkbox"/> mit geringer Hilfestellung | <input type="checkbox"/> intensive Unterstützung bzw. stellvertretende Ausführung |
| <input type="checkbox"/> Windelträger | |

1.5 Baden / Duschen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung erforderlich | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung |
| <input type="checkbox"/> mit geringer Hilfestellung | <input type="checkbox"/> intensive Unterstützung bzw. stellvertretende Ausführung |

1.6 Anziehen / Ausziehen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> keine Hilfestellung erforderlich | <input type="checkbox"/> nach Aufforderung |
| <input type="checkbox"/> mit geringer Hilfestellung | <input type="checkbox"/> intensive Unterstützung bzw. stellvertretende Ausführung |

1.7 Besondere pflegerische Erfordernisse

2. Art der Kommunikation?

3. Gestaltung sozialer Beziehungen

4. Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben

4.1 Gestaltung freier Zeit / Eigenbeschäftigung

- keine Hilfestellung Anregung erforderlich
- Anregung und Hilfestellung intensive Unterstützung & Begleitung

4.2 Interessen und Fähigkeiten

5. Orientierung

5.1 Zeitliche Orientierung (Kenntnis der Uhrzeit, Tag-Nacht-Rhythmus, Zeitstruktur)

- keine Hilfestellung geringe Hilfestellung intensive Unterstützung

5.2 Räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung (alle Orte, die regelmäßig aufgesucht werden)

- keine Hilfestellung geringe Hilfestellung Begleitung

5.3 Räumliche Orientierung in fremder Umgebung (einschließlich Verkehrssicherheit)

- keine Hilfestellung geringe Hilfestellung Begleitung

6. Emotionale und Psychische Entwicklung

6.1 Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen

6.2 Umgang mit und Abbau von erheblich selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen

6.3 Herausforderndes Verhalten (z.B. Selbst-/ Fremdgefährdung, Aggressionen)

Liegen chronische Krankheiten vor?

nein ja, welche:

Regelmäßige Medikamente:

Medikament:	Dosierung:

Wichtig! Liegen Allergien vor?

Allergie gegen folgende Stoffe:	Beschreibung der Reaktion:	Medikamente gegen Allergie:

Berufstätigkeit: ja nein, weil _____

Name Arbeitgeber: _____

ausgeübte Tätigkeit: _____

Rentner/-in ja nein

Bisheriger Aufenthalt in einer Einrichtung o. ä.:

Jahr:	Name Einrichtung o. ä.	Anschrift:

Sonstige Angaben:

Besondere Wünsche:

Gewünschter Aufnahmetermin:

Jahr: _____

Monat: _____

Wichtig

Mir/uns ist bekannt, dass vor der Aufnahme die Frage der Übernahme des Leistungsentgelts mit dem zuständigen Sozialhilfeträger durch mich/uns geklärt werden muss.

Ich versichere, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und nichts verschwiegen wurde, was für die Betreuung von Bedeutung sein kann.

Ort, Datum, Unterschrift des Klienten/der Klientin

Ort, Datum, Unterschrift des/r Antragsteller(s)/-in

Haben Sie Interesse an einer Mitgliedschaft bei der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Rheinisch-Bergischer Kreis/Köln-Porz e. V.

ja nein Mitgliedschaft besteht seit _____

Wenn ja, leiten wir ausschließlich Ihre Kontaktdaten an die Lebenshilfe weiter.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Lebenshilfe KoKoBE Treff F.
 Bekannte Sonstiges: _____

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die WMB Wohnen für Menschen mit Behinderung gGmbH die oben gemachten persönlichen Daten für den Zweck der Prüfung, ob ein geeigneter Wohn- und Betreuungsplatz aktuell oder in Zukunft angeboten werden kann, verwendet und abspeichert.

ja nein

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Datum, Unterschrift