

Wohn- und Betreuungsplatzanfrage
WMB Wohnen für Menschen mit Behinderung gGmbH
Postfach 200 263, 51497 Rösrath
Tel.: 02205-92200, Fax: 02205-922020
www.lebenshilfe-rbk.de
info@wmb-online.de

Sie interessieren sich für einen Wohn- und Betreuungsplatz in der WMB. Um Ihnen einen passenden Wohnplatz vermitteln zu können, benötigen wir von Ihnen vorab einige Angaben. Wir bitten Sie daher, unseren Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen und die angefragten Dokumente beizufügen. Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihre Mühe und melden uns zeitnah zurück.

Ich interessiere mich für:

- ambulant betreutes Wohnen (Betreuung in der eigenen Wohnung)**
- Wohnen im Wohnhaus**

Angaben zum Klienten:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

lebt zurzeit:

- Elternhaus Wohneinrichtung Pflegefamilie
- eigene Wohnung Sonstiges: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Wohnort: _____

Tel.-Nr.: _____

Angaben des Antragstellers/Beziehung zum Klienten:

- Eltern gesetzliche Betreuung Berufsbetreuer
- Angehöriger/Verwandtschaftsverhältnis: _____
- Sonstige: _____

Wer hat die gesetzliche Betreuung bezüglich des Aufenthaltsbestimmungsrechts?

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.-Nr. privat: _____

Tel.-Nr. dienstl.: _____

Handy-Nr.: _____

Email: _____

Bitte fügen Sie eine Kopie der Bestallungsurkunde bzw. einen aktuellen Bescheid des Amtsgerichtes bei.

Art der Behinderung:

geistig psychisch

körperlich mehrfach

Grad der Behinderung in %: _____

Pflegegrad:

kein 1 2 3

4 5

Pflegekasse: _____

Rollstuhlfahrer ja nein

Gehbehinderung ja nein

ärztliche Diagnosen:

Bitte fügen Sie Kopien von Arztberichten/ärztlichen Gutachten bei.

Gibt es eine Akte beim zuständigen Kostenträger (z. B. Landschaftsverband Rheinland)?

ja Name des Kostenträgers: _____

Aktenzeichen beim Kostenträger: _____

nein

Liegt ein Individueller Hilfeplan vor?

ja, vom _____ (bitte Kopie beifügen) nein

Liegt eine Einstufung gemäß Metzlerverfahren vor?

ja, in Leistungstyp _____ und Hilfebedarfsgruppe: _____

nein

Angaben zum Pflege- und Betreuungsaufwand

1. Basisversorgung

1.1 Aufstehen/zu Bett gehen

allein braucht Hilfe, welche: _____

1.2 In welcher Form ist eine Betreuung nachts notwendig?

gar nicht telefonische Rufbereitschaft

Nachtbereitschaft Nachtwache

1.3 Körperpflege (Ganz- oder Teilwaschung, Morgen- und 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 gesellschaftlichem Leben

4.1 Gestaltung freier Zeit/Eigenbeschäftigung

- keine Hilfestellung Anregung erforderlich
 Anregung und Hilfestellung intensive Unterstützung und 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 Liegt herausforderndes Verhalten vor? (z. B. Selbst-/Fremdgefährdung, Aggressionen)

nein

ja, in welcher Form:

Ist der Klient berufstätig?

nein, weil:

ja

Name Arbeitgeber/Werkstatt:

ausgeübte Tätigkeit:

Ist der Klient schon in Rente?

ja

nein

Liegen chronische Krankheiten vor?

- nein**
- ja, welche:**

Regelmäßige Medikamente:

Name des Medikaments	Dosierung:

WICHTIG! Liegen Allergien vor?

- nein**
- ja, welche:**

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

Bisheriger Aufenthalt in einer Einrichtung o. ä.:

Jahr:	Name der Einrichtung:	Anschrift:

Sonstige Angaben

Besondere Wünsche:

Gewünschter Aufnahmeterrnin:

sofort

Jahr: _____

Monat: _____

WICHTIG!

- Mir/uns ist bekannt, dass vor der Aufnahme die Frage der Übernahme des Leistungsentgelts mit dem zuständigen Kostenträger (i. d. R. Landschaftsverband Rheinland) 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass die WMB gGmbH die oben gemachten persönlichen Daten für den Zweck der Prüfung, ob ein geeigneter Wohn- und Betreuungsplatz zur Verfügung gestellt werden kann, verwendet und abspeichert. Diese Einverständniserklärung kann durch Sie jederzeit widerrufen werden.

Datum, Unterschrift

Bitte nehmen Sie sich zum Schluss noch kurz Zeit zur Beantwortung der folgenden Fragen, damit wir unser Angebot für Sie verbessern können.

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Internet Lebenshilfe KoKoBe Treff F.
 Bekannte Sonstiges: _____

Haben Sie Interesse an einer Mitgliedschaft bei der Lebenshilfe?

Wussten Sie, dass die WMB gGmbH ein Unternehmen der Lebenshilfe für Menschen mit Behinderung Rheinisch-Bergischer Kreis /Köln-Porz e.V. ist? Aus diesem Grund möchten wir gern von Ihnen wissen, ob Sie Interesse an einer Mitgliedschaft im Verein der Lebenshilfe haben. Als Mitglied können Menschen mit Behinderung an zahlreichen Angeboten des Ortsvereins teilnehmen und erhalten von diesem sowie vom Bundesverband der Lebenshilfe regelmäßig aktuelle Informationen.

- ja
Mitgliedsbeitrag für Angehörige 60,00 EUR im Monat
Mitgliedsbeitrag für erwachsene Person mit Behinderung 20,00 EUR im Monat
- nein
- Mitgliedschaft besteht bereits seit: _____

Datum, Unterschrift