

**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**