

## Interessentenbogen Wohnen (ambulant):

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Schule/Arbeitssituation: \_\_\_\_\_

Die wichtigsten Ansprechpartner für die Lebenshilfe sind:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Sie sind meine Eltern  , Geschwister  , Freunde  Nachbarn  \_\_\_\_\_

Ich habe einen gesetzl. Betreuer/Bevollmächtigten: siehe oben  oder:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Aufgabenbereiche: \_\_\_\_\_

Dieser Bogen wird selbständig vom Interessenten  oder  
mit Unterstützung  ausgefüllt.

### Fragen der Lebenshilfe:

Wie möchten Sie wohnen?

alleine  in einer Gruppe  mit vielen  mit wenigen  in der Stadt  in einem kleineren  
Ort

Gewünschte Wohnform: Wohnheim (mit nächtlicher Betreuung)   
Wohngruppe (ggf. mit nächtlicher Betreuung)   
Eigene Wohnung mit Unterstützung

Gewünschter Beginn der Betreuung/Einzug (ca.): \_\_\_\_\_

Meistens zahlt das Sozialamt die Kosten. Welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_

**Persönliche Situation:**

Art der Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_

Liegen darüber anerkannte Diagnosen z.B. von einem Arzt vor? Ja  nein

Schwerbehindertenausweis: nein  ja  Kennzeichen: \_\_\_\_ Grad der Behinderung: \_\_\_\_%

Einschränkungen in der Mobilität/Motorik: nein  ja  : \_\_\_\_\_

in der Kommunikation: nein  ja : beim Sehen  Hören  Sprechen  \_\_\_\_\_

Ist eine barrierefreie Umgebung erforderlich? nein  ja : \_\_\_\_\_

Erforderliche Hilfsmittel: Rollstuhl  Rollator  Gehhilfen  \_\_\_\_\_

Sicherheit im Verkehr: \_\_\_\_\_ selbständig

nach Übung  immer mit Begleitung

Erforderliche Therapien: Krankengymnastik  Ergotherapie  Logopädie

Sonstige: \_\_\_\_\_

Interessen/Hobbies/Fähigkeiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persönliche Situation in Bezug auf Selbständigkeit, Sozialverhalten, herausforderndes Verhalten. Wie ist der Umgang mit anderen Menschen in der Gruppe?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterstützungsbedarf: ab und zu  täglich  morgens  Rund-um-die-Uhr, auch nachts

Welcher Unterstützungs-/Assistenz-/Pflegebedarf liegt vor? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kranken-Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Liegt eine Pflegestufe vor? nein  ja : welche: \_\_\_\_

Bei Pflegestufe 3: Besteht nächtlicher Hilfebedarf? nein  ja

Ist ein Pflegedienst tätig? nein  ja  welcher? \_\_\_\_\_ Zeiten? \_\_\_\_\_

Gibt es eine MDK Begutachtung? Von: \_\_\_\_\_ Nachbegutachtung wann: \_\_\_\_\_

Gibt es körperliche Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Gibt es psychische Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Epilepsie  Diabetes  Allergien: \_\_\_\_\_

Gibt es Suchterkrankungen: nein  ja : \_\_\_\_\_

Werden regelmäßig Medikamente genommen? nein  ja

Wenn ja, ist Unterstützung erforderlich? nein  ja

Berufliche Ausbildung? \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit? nein  ja  wo? \_\_\_\_\_ Zeiten?

\_\_\_\_\_

Was ist noch wichtig? \_\_\_\_\_

Haben Sie schon Kontakt zu einer Lebenshilfe-Einrichtung? In welcher Form? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Interessent: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift rechtl. Betreuer: \_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen: