

## Info – Bogen - Platzanfrage

Name:	Vorname:
Geb.:	Familienstand:
Str. / Hausnr.	Plz./Ort
Telefon:	E-Mail:
Mobil:	
Derzeitiger Aufenthalt:	
Rechtl. Betreuung:	Kontakt:
Aufgabenbereich:	
<input type="checkbox"/> Gesundheit/Heilbehandlung <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Behörden/Ämter <input type="checkbox"/> Post- und Fernmeldeangelegenheiten	
Angehörige:	Kontakt:

<b>Angaben zur Erkrankung</b>
Psychiatrische Diagnose(n):
Letzter Klinikaufenthalt:
Hausarzt:
Psychiater:
Aktuelle Medikation:
Krankenkasse:
Körperliche Einschränkungen (z.B. Gebehinderung, Asthma)
Ansteckende Krankheiten (z.B. HIV, Hepatitis)

<b>Besonderheiten:</b>	
Missbräuchlicher Gebrauch von Substanzen / Medikamente / Alkohol [ ] ja [ ] nein Wenn ja, welche:	
Bestehende Schulden: [ ] nein [ ] ja → in welcher Höhe:  Sind diese in Bearbeitung?	
Offene Strafverfahren:	
<b>Schule / Beruf</b>	
Schulbildung / -abschluss:	
Berufliche Ausbildung:	
Ausgeübter Beruf:	
Einkommen:	
<b>Offene Fragen</b>	
Für wie schwerwiegend halten Sie ihr derzeitiges Problem?	
Was führte zum Kontakt zu Familia Sozialeinrichtungen?	
Was möchten Sie in Zukunft ändern?	
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und zeige an, dass ich damit einverstanden bin, dass meine in diesem Bogen erhobenen Daten, sowie durch Arzt-/ HEB-Berichte gesammelten Daten für den Zweck des Aufnahmeprozesses aufbewahrt und verarbeitet werden dürfen. Kommt kein Vertragsabschluss zustande, so werden diese Daten entsprechend den Gesetzesrichtlinien vernichtet.	
Datum:	Unterschrift
<u><a href="#">Von Familia auszufüllen</a></u>	
Termin - Vorstellung [ ] Ja [ ] Nein	
Kontakt am: _____ Termin: _____	
Ergebnis:	

Vorhandene Kompetenzen	Ja	Nein	?
<b>1. Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen</b>			
Ich habe Kontakt zu Familienangehörigen, Freunden, Bekannten			
<b>2. Selbstversorgung / Wohnen</b>			
Ich kann mich selbst versorgen, Lebensmittel einkaufen, Mahlzeiten zubereiten			
Ich kümmere mich selbständig um meine Wäsche			
Ich kann mich in folgenden Bereichen gut um mich selbst kümmern:			
[ ] Duschen [ ] Waschen [ ] Zahnpflege [ ] Ordnung / Sauberkeit im Zimmer			
Ich brauche Hilfe um nicht zu verahrlosen			
Ich bin mobil: [ ] Auto [ ] Mofa [ ] Fahrrad [ ] Rollator			
Ich habe einen Führerschein [ ] Auto [ ] Motorrad [ ] sonstiges			
Ich bin schwerbehindert _____% [ ] befristet [ ] unbefristet			
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer			
<b>3. Arbeit / arbeitsähnliche Tätigkeit / Ausbildung</b>			
Ich bin grundsätzlich bereit, an Werktagen regelmäßig an tagesstrukturierenden Maßnahmen teilzunehmen			
Ich möchte eine Tätigkeit im Rahmen meiner Möglichkeiten			
Ich möchte eine Ausbildung beginnen bzw. abschließen			
Ich möchte zu einem geeigneten Zeitpunkt wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden			
<b>4. Tagesgestaltung / Freizeit</b>			
Interessen / Fähigkeiten / Hobbies			
<b>5. Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung / Krankheitseinsicht</b>			
Ich nehme Medikamente			
Ich brauche Hilfe bei der Medikamenteneinnahme			
Für die Medikamentengabe soll ein medizinischer Dienst beauftragt werden			
Ich kenne meine Krankheit			
Ich bin suchtkrank / hatte ein Suchtproblem			
Ich bin aktuell nicht suchtkrank			
Sonstige Anmerkungen:			

Dieses Blatt wird beim persönlichen Gespräch gemeinsam ausgefüllt

<b>Vorstellungstermin:</b>		Klient:in:
Vorstellung - Familia		
Wie sind sie an uns gekommen?		
Was sind Ihre Vorstellungen / Ziele?		
1.		
2.		
3.		
Im Gespräch vereinbart:		

<i>Von Einrichtung auszufüllen:</i>				
Besuch am:				
<b>Wohnform</b>	TWG	BEW	TST	
Zusage			Ja	Nein
Probewohnen vereinbaren				?
Einzug				

<b>Zusammenfassung</b>
<b>Offene Fragen</b>

MA – HZ \_\_\_\_\_