

## Aufnahme-Fragebogen

Angaben zur aufzunehmenden Person:

Name, Vorname:

geb. am:

Die Aufnahme in die Stiftung Attl ist gewünscht zum Termin:

Aufnahme gewünscht in:

**Wohnen**

Ansprechpartner: Herbert Prantl-Küssel

Telefon:08071 102-610

E-Mail: herbert.prantl-kuessel@stiftung.attl.de

**Arbeiten (WfbM)**

Ansprechpartner: Bernhard Gutschmidt

Telefon:08071 102-250

E-Mail: bernhard.gutschmidt@stiftung.attl.de

**Förderstätte**

Ansprechpartner: Konrad Stemmer

Telefon:08071 102-371

E-Mail: konrad.stemmer@stiftung.attl.de

**Förderzentrum**

Ansprechpartner: Karin Erhardt

Telefon:08071 102-774

E-Mail: karin.erhardt@stiftung.attl.de

**Die Angaben zu den nachfolgenden Fragen sind freiwillig!**

Wir verwenden die Informationen ausschließlich für den Zweck einer bestmöglichen vorläufigen Einschätzung des Betreuungsbedarfes beziehungsweise Abklärung eines geeigneten Betreuungsangebotes in der Stiftung Attl. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte.

**Im Interesse einer sorgfältigen Bearbeitung der Aufnahmeanfrage bitten wir um gewissenhafte und vollständige Beantwortung der nachfolgenden Fragen.**

## Sozialdaten

Straße/Nr.

Telefon

Staatsangehörigkeit

Schwerbehinderung

PLZ/Ort

Geburtsort

Konfession

Krankenkasse:

Rentenversicherungsträger

Arbeitsamt:

### Angaben zur Betreuung (bei Volljährigen Betreuer / bei Minderjährigen Eltern, Eltern mit Sorgerecht Vormund)

Name/

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

### Wurde ein/e gesetzliche/r Betreuer/in bestellt oder einer nahestehenden Person Vollmacht erteilt?

nein

ja, und zwar

gesetzliche Betreuung

Bevollmächtigung

beantragt am

### Wirkungs-/Aufgabenbereich des/der Betreuers/in bzw. der bevollmächtigten Person

Aufenthaltsbestimmung

Vermögenssorge

Sorge für die Gesundheit

Postverkehr

Behördenangelegenheiten

Einwilligungsvorbehalt

Sonstige:

## A. Angaben zur allgemeinen sozialen Situation

### A. 1 Familienstand

ledig

verheiratet, seit

verwitwet, seit

geschieden, seit

getrennt lebend, seit

Partnerschaft, seit

### A. 2 Kinder

Anzahl , Alter

### A. 4 Derzeitige Wohnsituation

selbstständiges Wohnen ohne Hilfe

selbstständiges Wohnen mit zusätzlicher Hilfe

ambulant betreutes Wohnen

stationäres Wohnen in Wohnheim / Außenwohngruppe

Trainingswohnen

wohnungslos

Sonstiges

**A. 3 Lebensform**

alleinlebend

Zusammen mit:

Partner

Eltern

Kindern, Verwandte

mit zu versorgenden Kindern

**A. 5 Soziale Kontakte, die auch zukünftig erhalten werden sollen**

zu Angehörigen – welche:

zu Freunden

zu Kollegen

zu Nachbarn, Mitbewohnern

zu Vereinen, Clubs bzw. Alten- und Begegnungsstätten

besondere sprachliche/kulturelle Bezugsgruppen

Sonstige:

**A. 6 Kurze Erläuterung der aktuellen Lebenssituation / Grund der Aufnahmeanfrage**

**B. Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit**

**B. 1 Vorschulischer und schulischer Werdegang**

von – bis	Name der Schule	Schulart

Aufnahme in die Förderschule gewünscht?

ja  nein

Schulpflicht beendet?

ja  nein, derzeitiges Schulbesuchsjahr

Gab es einen Schulbegleiter?

ja  nein

**B. 2 Beruflicher Werdegang**

von – bis	Art der Tätigkeit	ggf. Leistungsträger

**B. 3 Derzeit (oder zuletzt) ausgeübter Beruf bzw. Tätigkeit:**

von – bis	Art der Tätigkeit	ggf. Leistungsträger

- nie erwerbstätig  
 Vollzeit  befristet  
 Teilzeit Std./Woche  unbefristet

Sozialversicherungspflichtig?  ja  nein

- gelegentlich berufstätig  beschäftigt in  
 arbeitslos  WfbM (Werkstatt für behinderte Menschen)  
 mithelfender Familienangehöriger  Berufsbildungsbereich  
 Hausfrau/-mann, nicht erwerbstätig  Förderstätte  
 FSJ, BFD, FÖJ  Integrationsprojekte  
 Belastungserprobung  
 gelegentlich berufstätig  
 Sonstige:

**C. Übersicht der bisher vorausgegangenen Maßnahmen**

**C. 1 stationäre Klinikaufenthalte (in Zusammenhang mit der Behinderung)**

- nein  ja

von – bis	Name der Einrichtung	Art der Einrichtung

**C. 2 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen der Eingliederungshilfe**

- keine  folgende

von – bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

**C. 3 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen der Kinder- und Jugendhilfe gem. SGB VIII**

- keine  folgende

von – bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

**C. 4 bisher in Anspruch genommene Maßnahmen sonstiger Rehabilitationsträger (Reha) gem. SGB IX und SGB XII**

- keine  folgende

von – bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

**C. 5 Welche Unterstützungsmaßnahmen / Therapien wurden bisher in Anspruch genommen?**

- keine  folgende

von – bis	Art der Maßnahme	Leistungsträger

**C. 6 Angaben zur Pflegeversicherung**

- Der Antrag wurde abgelehnt.
- Bescheid zur Zuordnung in den Pflegegrad
  - 1,  2,  3,  4,  5 liegt vor (bitte Bescheid beifügen)
- Bescheid zur Zuordnung in einen Pflegegrad liegt **nicht** vor.
  - Begutachtung durch den medizinischen Dienst ist erfolgt am .
  - Begutachtung durch den medizinischen Dienst ist noch **nicht** erfolgt.
    - Antrag auf Begutachtung wurde gestellt am .
    - Antrag auf Begutachtung wurde noch **nicht** gestellt.

**C. 7 Ergänzende Angaben zu den vorausgegangenen Maßnahmen / Lebenslauf**

**Liegt eine medizinische/psychologische/psychiatrische Diagnose vor?**

- Nein
- Ja: Welche? Bitte Unterlagen beifügen, gegebenenfalls Gutachten.

**Angaben zu weiteren Behinderungen (Sinnesbehinderung, Körperbehinderung, psychische Behinderung):**

Nein

Ja:

**Angaben zu chronischen Erkrankungen (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten):**

Nein

Ja:

**Angaben zu Anfallsleiden / Epilepsie:**

Nein

Ja:

Art::

Häufigkeit:

**Hinweise auf Alkohol-, Medikamenten oder Drogenmissbrauch:**

Nein

Ja:

**Angaben zu Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Pflegebett, Katheder, Sonden):**

Nein

Ja:

**Gab es Hinweise auf psychische Störungen oder wiederkehrende Krisen (z.B. Aggressionen, Zwangshandlungen, Wahnvorstellungen)?**

Nein

Ja: Bitte beschreiben Sie das auffällige Verhalten näher:

**Angaben zur aktuellen Medikation:**

Es werden **keine** Medikamente benötigt:

Es werden folgende Medikamente benötigt:

Name des Medikamentes:

Dosierung:

Verabreicht seit:

Name des Medikamentes:	Dosierung:	Verabreicht seit:

## D. Aktueller Hilfebedarf – Ressourcen - Ziele

### D. 1 Umgang mit den Auswirkungen der Behinderung

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	Ja	Teilweise	nein
Verfügt über Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich verbal äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Anleitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz- und Krankheitsempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprache und Durchführung von Arztterminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführung ärztlicher Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwachung des Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bereich/Aktivität	unauffällig	Besonderheiten in diesem Bereich
Sinnes und Gefühlswahrnehmung	<input type="checkbox"/>	.....
Umgang mit Angst	<input type="checkbox"/>	.....
Umgang mit Unruhe / Spannungen	<input type="checkbox"/>	.....
Kann Emotionen zulassen / ausdrücken	<input type="checkbox"/>	.....
Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>	.....
Kritikfähig	<input type="checkbox"/>	.....
Umgang mit Genussmitteln (Zigaretten, Alkohol, Kaffee)	<input type="checkbox"/>	.....
Antrieb	<input type="checkbox"/>	.....
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	.....

#### Angaben zu rechtlichen Besonderheiten:

**Unterbringungsbeschluss** nach § 1906 BGB bzw. § 1631 b BGB  ja  nein

**Freiheitsentziehende Maßnahmen** nach § 1906, Abs. 4, BGB  ja  nein

Beschreibung

Zusätzliche Angaben und Informationen:

## D. 2 Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen:

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	selbstständig	unter Anleitung	mit praktischer Hilfestellung	vollständige Übernahme
Nimmt von sich aus Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann (körperliche) Nähe zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Distanz wahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt sozialangepasstes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Absprachen einhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Eltern / Angehörigen / gesetzl. Betreuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben und Informationen:

## D. 3 Selbstversorgung und Wohnen:

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	selbstständig	unter Anleitung	mit praktischer Hilfestellung	vollständige Übernahme
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordnung halten im eigenen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung von Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerkleinern von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl von Art und Menge der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden und/oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passende Kleidung wählen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen / Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz				
Stuhl	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	nur nachts <input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Zusätzliche Angaben und Informationen:

#### D. 4 Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	vorhanden, unauffällig	mit Unterstützungsbedarf	Anmerkungen
Motivation für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hygienisches Verhalten (z.B. Material nicht in den Mund nehmen, kein übermäßiger Speichelfluss, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tätigkeit wird auch ausgeführt, wenn der Gruppenleiter nicht in unmittelbarer Nähe ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeitssicherheit / Risikoverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grobmotorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Werkzeugen und Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperliche Belastbarkeit / Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Psychische Belastbarkeit (mindestens zur Halbtagesarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Frühere Praktika:

#### Wunsch des Leistungsempfängers / des gesetzlichen Betreuers hinsichtlich 2. Lebensbereich

Werkstätte

Förderstätte

Zusätzliche Angaben und Informationen:

**Wünsche, Erwartungen und evtl. Vorbehalte des Leistungsberechtigten bzw. des gesetzlichen Betreuers in Bezug auf die künftige Lebenssituation des Leistungsberechtigten:**

**Sonstige Bemerkungen**

**Bitte stellen Sie uns weitere Unterlagen zur Verfügung wie z. B.**

- Diagnostikunterlagen wie medizinische und psychologische Gutachten;
- Pädagogische Entwicklungsberichte von bisherigen betreuenden Einrichtungen, Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesstätten usw.;
- Bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen: Schulzeugnisse neueren Datums sowie ein abschließendes aktuelles Schulgutachten;
- Ein Foto der aufzunehmenden Person,
- Kopie des Betreuerausweises;
- Kopie des Schwerbehindertenausweises.

**Digitale Erfassung und Datenschutzerklärung!**

Ihre Unterlagen werden nach Eingang umgehend digital in einer elektronischen Akte gespeichert. Damit wird eine zielgerichtete Bereitstellung Ihrer Unterlagen für die Bearbeitung und zügige Beantwortung Ihrer Anfragen angestrebt.

- Die eingereichten Papierunterlagen können nach der digitalen Erfassung von uns vernichtet werden.
- Um Rücksendung der eingereichten Papierunterlagen wird gebeten.

Die personenbezogenen Angaben wurden freiwillig erbracht. Diese werden von der Stiftung Attl datenschutzgerecht gespeichert und ausschließlich zum Zweck der ordnungsgemäßen Bearbeitung der Aufnahmeanfrage verwendet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte. Eine Weitergabe an Dritte ist nur möglich, wenn dies gesetzliche Bestimmungen fordern oder eine gesonderte Einverständniserklärung vorliegt.

Im Falle einer Aufnahme werden die Daten im Rahmen des Aufnahmevertrages übernommen und weiter verwendet. Im Falle einer Nichtaufnahme erfolgt die Löschung der Daten beziehungsweise Vernichtung der Papierunterlagen 2 Monate nach abgeschlossener Entscheidung. Im Bearbeitungszeitraum kann die Löschung von Daten jederzeit formlos bei der Stiftung Attl beantragt werden.

**Wir weisen darauf hin, dass die Versendung von Daten per E-Mail ungeschützt ist und bitten deshalb ausdrücklich um Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens und der Anlagen per Postweg.**

**Die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise und Richtigkeit meiner Angaben wird von mir bestätigt**

Ort	Datum	Unterschrift

**Bei bestehender Betreuung**

Ort	Datum	Unterschrift gesetzl. Vertreter/Vormund/Betreuer