

Anfragebogen 1

Vom Betroffenen selbst oder von den Eltern bzw. dem gesetzlichen Vertreter/ der gesetzlichen Vertreterin auszufüllen.

Diese Angaben dienen einer ersten Information und der Entscheidung, ob eine Aufnahme ins St. Josefshaus grundsätzlich denkbar ist. Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus, damit wir uns ein möglichst gutes Bild schon vorab machen können.

Fügen Sie bitte noch Berichte aus Schule, Werkstatt oder Förderbereich und vorherigen Einrichtungen sowie medizinische und psychologische Gutachten hinzu, soweit vorhanden.

Wir freuen uns, wenn Sie zum ersten Kennenlernen ein Bild beifügen

Personalien des Menschen mit Behinderung

Name	Vorname(n)
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Telefon	
Geboren am	In
Krankenversicherung (mit/ freiwillig/ pflichtversichert)	
Anschrift der Krankenkasse	

Konfession	Taufe am	
	Erstkommunion am	
	Firmung am	
	Konfirmation am	
Staatsangehörigkeit		

Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)

Name	Vorname(n)
Straße / Nr.	PLZ / Ort
Telefon privat	Telefon geschäftlich
Bestellt durch Amtsgericht/ am	
Az. des Gerichts	
Betreuungsbereiche	

Personalien der Mutter			
Name		Vorname(n)	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon privat		Telefon geschäftlich	
Geboren am		in	
Krankenkasse			
Erlerner Beruf		aktuelle berufliche Tätigkeit	
Staatsangehörigkeit			

Personalien des Vaters			
Name		Vorname(n)	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Telefon privat		Telefon geschäftlich	
Geboren am		in	
Krankenkasse			
Erlerner Beruf		aktuelle berufliche Tätigkeit	
Staatsangehörigkeit			

Geschwister / Angehörige	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	

Bei Bedarf können Sie auf der Rückseite weitere Geschwister auflisten.

Evtl. weitere wichtige Bezugspersonen (z.B. Pflegeeltern, Großeltern, sonstige Personensorgeberechtigte)	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	
Name Anschrift, Telefon, Geburtstag	

Besondere Vorlieben, Hobbys

- beschäftigt sich alleine
- beschäftigt sich mit Kindern oder Erwachsenen
- beschäftigt sich weder alleine noch mit anderen

bevorzugte Spiele/ Beschäftigungen/ Tätigkeiten

.....

Hobbys

.....

.....

Sprache

- keine Auffälligkeiten
- spricht weitgehend altersentsprechend .
- spricht wenige Worte
- spricht undeutlich
- gibt Laute von sich
- keine Lautsprache
- Zeichen- / Gebärdensprache

Sprachverständnis

- keine Auffälligkeiten
- weitgehend altersentsprechend
- leicht eingeschränkt
- stark eingeschränkt
- nicht erkennbar

Sinneswahrnehmungen

Sehen

- keine Auffälligkeiten
- sieht begrenzt
- blind
- trägt Sehhilfe

Hören

- keine Auffälligkeiten
- hört begrenzt
- gehörlos
- benutzt Hörhilfe

Motorische Funktionen

kann	sitzen	gehen	stehen	Treppen steigen
ohne Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rollstuhlfahrer(in) nein ja
 wenn ja: fährt selbständig auf Hilfe angewiesen

Bemerkungen

.....

Besondere Auffälligkeiten

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| keine Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> | auffallend ängstlich | <input type="checkbox"/> |
| Motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> | zu vertrauensselig..... | <input type="checkbox"/> |
| Weglauftendenzen | <input type="checkbox"/> | selbstschädigende Verhaltensweisen ... | <input type="checkbox"/> |
| Rückzugstendenzen | <input type="checkbox"/> | Zerstörung von Gegenständen | <input type="checkbox"/> |
| Schaukelbewegungen | <input type="checkbox"/> | Aggressionen gegen Personen | <input type="checkbox"/> |
| Stereotypien | <input type="checkbox"/> | sonstige Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> |
| welche: | | welche: | |
| | | | |

evtl. in der Entwicklung aufgetretene Auffälligkeiten (mit Altersangabe), wie wurden diese behandelt

.....

.....

Verhalten nachts (notwendige Betreuung)

.....

.....

Besonderheiten im pädagogischen Umgang

.....

.....

Bisherige Aufenthalte in Heimen, Pflegestellen oder Ähnlichem
(Bitte genaue Zeitangaben und Anschriften)

.....

.....

.....

Bisherige (vor-) schulische und berufliche Förderung (auch in einer WfbM)

.....

.....

.....

Ich wünsche eine Aufnahme in

(mehrere Nennungen möglich)

- eine Wohngruppe des St. Josefshaus
- eine ambulante Wohnbegleitung (Betreutes Wohnen) des St. Josefshaus
- den Schulkinderkarten der Karl-Rolfus-Schule am St. Josefshaus
- die Karl-Rolfus-Schule am St. Josefshaus
- den Förderbereich des St. Josefshaus
- die Werkstatt für Menschen mit Behinderung am St. Josefshaus

Gründe für die Aufnahme

.....
.....

In welchem Zeitraum sollte die Aufnahme erfolgen?

- Kurzzeitunterbringung** vom _____ bis _____
- Teilstationäre Unterbringung** (nur Schule, WfbM, Förderbereich, Schulkindergarten)
 - möglichst bald
 - später, ab _____
- Vollstationäre Unterbringung**
 - möglichst bald
 - später, ab _____

Im Notfall zu benachrichtigen und zu erreichen

.....
.....

Wer wird die Kosten des Heimaufenthaltes tragen?

.....

Datenschutz :

Die personenbezogenen Daten des Menschen mit Behinderung werden nur für die Zwecke erhoben und genutzt, die zur rechtmäßigen Vertragserfüllung und zur Erfüllung der dienstlichen Aufgaben des St. Josefshauses erforderlich sind. (§ 10 KDO)

_____, _____
Ort Datum

Unterschrift(en) des/ der gesetzlichen
Vertreter/s

Unterschrift des Menschen mit
Behinderung (wenn möglich)

Ärztliche Stellungnahme zur Anfrage (2)

vom Arzt/ Hausarzt auszufüllen

Name, Vorname und Geburtsdatum d. Menschen mit Behinderung

Diagnose(n), Grad der Behinderung, Entwicklungsstörungen (ICD 10, ICIDH-2, ICF, DSM IV, u.a.)

.....
.....
.....

Größe

Gewicht

Besonderheiten / Krankheiten

während der Schwangerschaft

während der Geburt

unmittelbar nach der Geburt

Frühere Erkrankungen, Operationen, Unfälle

.....
.....

Krankenhausaufenthalte

.....
.....
.....

Impfungen

Nein Ja, folgende

.....
.....

Allergien

Nein Ja, folgende

.....
.....

Hepatitis

Nein Ja, folgende

Epilepsie

(wenn ja bitte Facharztbericht beifügen)

Nein Ja

Derzeitige Medikation

.....
.....

Notfallmedikation

.....

Vorhandene (orthopädische) Hilfsmittel

.....
.....

Psychische Auffälligkeiten

welche

sonstige Auffälligkeiten

welche

Suchtproblematik (z.B. Kaffee, Nikotin, Alkohol, Essstörungen)

welche

Belastungen der Familie durch den Menschen mit Behinderung

.....
.....
.....

Einschränkungen bei Arbeitseinsatz aus ärztlicher Sicht

- Nein
- Ja, folgende

.....
.....

Weitere Angaben

(Dinge, die besonders zu beachten sind) Siehe Anhang

.....
.....

_____, Datum _____

Stempel u. Unterschrift des Arztes