



Kontaktadresse: Mag. ^a Angelika Rabl KundInnenbetreuung HABIT - Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH 1160 Wien, Sautergasse 53/Stiege 2 (Eingang Heigerleinstr. 78) Mo – Fr 9 – 15 Uhr Tel.: 01 4023826/6 Mobil: 0664 88593882 Fax: 01 4023826/4 E-Mail: angelika.rabl@hausderbarmherzigkeit.at
--

VORMERKUNG

für : Herrn/Frau

Nachname: _____

Vorname: _____

O vollbetreutes Wohnen:	O Wien	O Niederösterreich
Frühester Bedarf ab (Datum):		

O Tagesstruktur:	O Wien	O Niederösterreich
Frühester Bedarf ab (Datum):		

O Kurzzeitunterbringung:	O Wien	O Niederösterreich
--------------------------	--------	--------------------

:

- PERSÖNLICHE DATEN:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

PLZ:	Ort:
Straße:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Institution:	
Ansprechperson:	Tel.:
Derzeitige Schule bzw. Tagesstruktur:	
Ansprechperson:	Tel.:

Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
SVNr:	Krankenkasse:
Selbstversichert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Mitversichert mit:	Geburtsdatum:
SVNr.:	Krankenkasse:
Derzeitige Betreuungsinstitutionen:	

minderjährig mündig besachwaltert vertreten durch n.A.

Gesetzlicher Vertreter:

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:

Eltern/ Angehörige/ Kontaktpersonen (wenn nicht SW):

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Beziehung zum Klienten:	

Finanzielle Situation:

Pension:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Pflegegeld Stufe:	seit:	
Erhöhte Familienbeihilfe:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Mindestsicherung:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Kostenträger:	<input type="radio"/> Fonds Soziales Wien	<input type="radio"/> Land NÖ
	<input type="radio"/> Andere:	<input type="radio"/> Selbstzahler

BEWILLIGUNGEN zur Kostenübernahme:

Vollbetreutes Wohnen
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

Tagesstruktur
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

Fahrtendienst
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

Dringlichkeit:gering normal hoch

Begründung:

MEDIZINISCHE ANAMNESE:

Diagnosen (inkl. Allergien)

Derzeitige Medikation:

BETREUUNGS- UND PFLEGEBEDARF:**Bewegung:**

Rollstuhl	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Fährt alleine mit Rollstuhl	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Bewegt sich selbständig am Boden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Steht alleine auf	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Dreht sich selbst im Liegen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Steht mit Hilfe	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Geht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benötigt Hilfsmittel	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Stolpert manchmal beim Gehen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

Das kann sie/er selbständig:

Essen/Trinken:

Isst/trinkt alleine	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Essen wird mit Löffel gegeben	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Isst selbständig mit den Fingern	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Isst mit Besteck	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benötigt besondere Konsistenz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benötigt Hilfsmittel	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Hustet manchmal beim/nach Essen/Trinken	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Verschluckt sich manchmal beim Essen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Verabreichung über Sonde	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>

Das kann sie/er selbständig:

Körperpflege:

Braucht Hilfsmittel beim Duschen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Duscht im Stehen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Hilft bei Pflege mit	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Zieht sich selbständig an/aus	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Ist kontinent	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Geht selbständig aufs WC	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Muss dazu aufgefordert werden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benötigt Hilfsmittel	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Hat Harnkatheter	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	

Das kann sie/er selbständig:

Wahrnehmung:

Sieht gut	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Hört gut	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Spürt gut	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>

Kommunikation:

Spricht	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Versteht Symbole	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Lautiert	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benützt Gebärden	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Benützt Kommunikationshilfsmittel:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Versteht verbale Aufforderungen:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>

Gruppenverhalten:

Ist gerne in der Gruppe:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Beschäftigt sich selbst:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>
Nimmt aktiv Kontakt mit anderen auf:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	teilweise <input type="radio"/>

Ausdruck:**Kann Gefühle ausdrücken:**

Ablehnung: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Zustimmung: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Ärger: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Freude: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Schmerzen: ja nein teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

Schlafen:

Schläft durch ja nein teilweise
Braucht in der Nacht Unterstützung ja nein teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

Ort, Datum

Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Fonds Soziales Wien benötigt für die Planung von Beschäftigungstherapie- und Wohnplätzen eine Übersicht, wie viele Personen sich um einen Platz bewerben. Mit der Einverständniserklärung zur Übermittlung nachstehender Daten an den Fonds Soziales Wien leisten Sie dazu einen wichtigen Beitrag. Herzlichen Dank!

Kontaktdaten

- Datum Erstkontakt

Persönliche Daten

- Familienname
- Vorname
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- SVNR
- PLZ Wohnort
- Pflegegeld: kein Pflegegeld/ beantragt/ Stufe 1-7/ unbekannt

Zielgruppen

- Geistige Behinderung: ja/nein
- Psychische Erkrankung: ja/nein
- Körperl. Beeinträchtigung: ja/nein
- RollstuhlfahrerIn: ja/nein
- Hörbehinderung: ja/nein
- Sehbehinderung: ja/nein
- Chronisch somatische Erkrankung: ja/nein

Bedarf Tagesstruktur

- basale Gruppe: ja/nein
- Kreativgruppe: ja/nein
- Arbeitsgruppe: ja/nein
- Qualifizierungsgruppe: ja/nein
- Dringlichkeit Tagesstruktur: innerhalb eines Jahres/ in ein bis drei Jahren/ drei Jahre oder später/ unbekannt
- Datum Ende des Interesses
- Datum Eintritt in Einrichtung

Bedarf Wohnen

- WMmB teilbetreut: ja/nein
- WMmB vollbetreut: ja/nein
- WLH: ja/nein
- Dringlichkeit Wohnen: akut/ innerhalb eines Jahres/ in ein bis drei Jahren/ drei Jahre oder später/ unbekannt
- Datum Ende des Interesses
- Datum Eintritt in Einrichtung

Bedarf Fahrtendienst

- Bedarf Fahrtendienst: ja/nein

Name:.....

Geb. Datum:.....

Unterschrift:.....

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Übermittlung oben genannter Daten an den Fonds Soziales Wien einverstanden bin.