

REGENS WAGNER LAUTRACH	<b>Aufnahme Klient/in</b> <b>Anlage 1a</b> <b>Fragebogen</b>	Ersteller: Guggenberger / Schreck Stand: 05-08.02.2024 Änderungsberechtigt: C. Konrad Gliederungsnummer: E 3.1.2
------------------------	--	---

## Fragebogen zur Aufnahme

### Persönliche Angaben & Bezugspersonen

<b>Name, Vorname</b>		<b>Angehörige/r</b>	
Geburtsdatum und -ort		Anschrift	
Staatsangehörigkeit		Telefonnummer	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	<b>Angehörige/r</b>	
Konfession		Anschrift	
empfangene Sakramente	<input type="checkbox"/> Taufe <input type="checkbox"/> Kommunion <input type="checkbox"/> Firmung <input type="checkbox"/> Konfirmation	Telefonnummer	
<b>Kostenträger</b> <small>(z. B. Bezirk Schwaben)</small>		<b>Gesetzl. Betreuer/in</b>	
Krankenkasse		Anschrift	
Versicherungsnummer		Telefon / E-Mail	
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufgabenkreise / Einwilligungsvorbehalt	
Gibt oder gab es einen Unterbringungsbeschluss?			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Aktuelle Lebenssituation & Anamnese

<b>derzeitiger Aufenthalt</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause, Anschrift: <input type="checkbox"/> andere Einrichtung:	gewünschter Einzugstermin	
aktuelle Tagesbeschäftigung	<input type="checkbox"/> Werkstätte <input type="checkbox"/> Förderstätte <input type="checkbox"/> Tagesstätte <input type="checkbox"/> sonstige:		
Waren Sie bereits in einer Werkstatt / Förderstätte / Tagesstätte für Menschen mit Behinderung? Wenn ja, wo?			
Über welche Schul- und Berufsausbildung verfügen Sie?			
Waren Sie bereits (sozialversicherungspflichtig) erwerbstätig? Wo und wie lange?			

### Medizinische Daten

<b>Primärbehinderung</b>	<input type="checkbox"/> geistige Behinderung <input type="checkbox"/> psychische Behinderung <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma <input type="checkbox"/> andere:
<b>Diagnosen (nach ICD-10)</b>	
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<b>Ggf. Hilfebedarfsgruppe (nach Metzler)</b>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Weitere Erkrankungen (z. B. MRSA, Hepatitis, Diabetes)	
Allergien / Unverträglichkeiten	
Aktuelle Medikation	
- Medikamenteneinnahme	unter Aufsicht zerdrückt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Nachtmedikation (nach 20:00 Uhr)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bisherige Krankenhausaufenthalte	
- medizinische Operationen	
Behandelnder Psychiater / Neurologe / Psychotherapeut	
Aktuelle therapeutische Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> sonstige:
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja, Merkzeichen / Grad: <input type="checkbox"/> nein
Gewicht und Körpergröße	

## Pflege & Assistenz

<b>Hilfsmittel</b>	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Langstock	<input type="checkbox"/> Dekubitus Matratze	<input type="checkbox"/> Beatmungsgerät
	<input type="checkbox"/> Lifter	<input type="checkbox"/> Brille / Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Lagerungshilfen	<input type="checkbox"/> Absauggerät
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Cochlea Implantat	<input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Kniebandage
	<input type="checkbox"/> elektrischer Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Stützstrümpfe
	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> spez. Essgeschirr
	<input type="checkbox"/> Duschliege	<input type="checkbox"/> Schienen	<input type="checkbox"/> Gehhilfen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> Kommunikationshilfe	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	
<b>Mobilität</b>	bin gehfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel (s. oben)
	kann Treppensteigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel (s. oben)
<b>Selbstständig beim</b>	Aufstehen und Zubettgehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	Waschen / Baden / Duschen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	Frisieren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	Rasieren	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	Toilettenhygiene	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
<b>Inkontinenz</b>	am Tag	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
	nachts	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nein
<b>Assistenz bei der Ernährung</b>	Essen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	Trinken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Anleitung / Kontrolle
	das esse ich besonders gerne			
	das esse ich nicht gerne			

## Begleitung & Assistenz

<b>Aufsicht &amp; Betreuung</b>	neige zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	neige zum Zerstören	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	gefährde mich selbst	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	gefährde andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	nehme fremde Gegenstände an mich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	bin unruhig	am Tag <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nachts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Schlafgewohnheiten</b>	schlafe durch	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
	finde nachts die Toilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer

<b>Orientierung</b>  - räumlich	finde das eigene Bett		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	finde mich im Wohnbereich zurecht		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	weiß, in welchem Haus ich bin		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	weiß, in welcher Stadt ich bin		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	bin sicher im Straßenverkehr		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
- zeitlich	kenne die Jahreszeiten		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	kenne das Datum		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	kenne die Tageszeit		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
- zur Person	kann Angaben zu mir machen		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
	erkenne Angehörige		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer	
<b>Sozialverhalten</b>	bin kontaktfreudig		<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
	bin dominant		<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
	Stabilität der Beziehungen		<input type="checkbox"/> sehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eher nein	<input type="checkbox"/> nein
<b>Umgang mit / Verhalten gegenüber</b>	Familie		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
	Freunden		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
	Personal		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
	Gleichaltrigen / Gleichgestellten		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
	Fremden		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
	(Wohn-)Gruppe		<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mäßig	<input type="checkbox"/> sehr schwierig
<b>Kommunikation</b>	Sprache		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Gebärden		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Mimik, Gestik		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	Emotionen / Schmerzen ausdrücken		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
	persönliche Eigenheiten					
		Kulturtechniken	lesen schreiben rechnen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
<b>Freizeitgestaltung</b>	Sport			Kunst		
	Musik			sonstiges		
Auf welche Dinge reagieren Sie <u>positiv</u> ?						
Auf welche Dinge reagieren Sie <u>negativ</u> ?						
Wie reagieren Sie auf Anforderungen?						
Wie reagieren Sie auf Frustration?						
Wie gehen Sie mit Veränderungen um? (Personen und Orte)						
<b>Besteht oder bestand Suchtmittelabhängigkeit?</b>						
- Nikotin			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
- Alkohol			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
- sonstige Drogen, Medikamente			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
- Bemerkung zum Umgang mit Suchtmitteln						
Gibt es Vorstrafen?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Gibt es schwebende juristische Verfahren?			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Bestehen oder bestanden Suizidabsichten oder haben Sie eine Selbsttötung versucht?					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

## Orientierungsfragen

Warum möchten Sie bei Regens Wagner aufgenommen werden?

Kommen Sie auf eigenen Wunsch zu uns?

ja

nein, ich komme auf Wunsch von

Welche Erwartungen haben Sie an uns? Welche Ziele möchten Sie erreichen?

Wie könnte eine passende Unterstützung für Sie aussehen? Was wäre Ihnen eine Hilfe?

Was ist Ihnen sonst noch wichtig? Was möchten Sie uns noch mitteilen?

Beschäftigung angestrebt in

Werkstätte

Förderstätte

Tagesstätte

keine

***Mit der Weitergabe, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung der in diesem Fragebogen gemachten Angaben zum Zwecke der konkreten Bearbeitung der Aufnahmeanfrage durch Regens Wagner Lautrach bin ich einverstanden.***

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von

am

**Unterschrift der betroffenen Person / des gesetzlichen  
Betreuers / des Sorgeberechtigten**