

# Gemeinnützige Diakoniegesellschaft Hermannswerder GmbH

Gemeinnützige Diakoniegesellschaft  
Hermannswerder mbH  
Hermannswerder  
14473 Potsdam

Tel. 0331/2313160

**Wohnstätten für Menschen mit Behinderungen**  
*Wohnheim für Menschen mit Körperbehinderungen*  
*Wohnheim für Menschen mit geistiger und  
mehrfacher Behinderung*  
*Stationär Betreute Wohngemeinschaft*  
*Ambulant Betreutes Wohnen*

## Antrag auf Betreuung / Aufnahmeantrag

für Frau / Herrn .....

Einzureichende Unterlagen, wenn soweit vorhanden:

*vorhandene Unterlagen bitte ankreuzen ( x )*

- formloser Antrag
- Persönliche Angaben (siehe Anhang)
- Einschätzung des Betreuungsbedarfs (siehe Anhang)
- ärztliche Befunde / Diagnosen / Arztberichte
- Kopie der Betreuerurkunde
- Kostenträger und Aktenzeichen
- Übergabeprotokoll bei Heimaufnahme (siehe Anhang)

.....  
Datum

Unterschrift

## 1. Persönliche Angaben

Name: ..... Vorname: .....

Geb. am: ..... in: .....

z. Z. wohnhaft: .....

.....

Kirchenzugehörigkeit: getauft: .....

konfirmiert: .....

Religion: .....

	Mutter	Vater
Name		
Geboren am:		
Anschrift		
Familienstand		
Telefon		
Tätigkeit		
Arbeitsstelle		

Weitere Familienmitglieder:

Name	Vorname	geb. am	Tätigkeit

Ist eine gerichtliche Betreuung angeregt?  ja  nein

Name und Anschrift	Betreuungsbereiche
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.

Grund der Aufnahme:

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Wohnform für die o. g. Person wäre die geeignete?

- Pflgewohnheim für Menschen mit körperlicher Behinderung
- Wohnheim für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung
- Stationär Betreute Wohngemeinschaft
- Ambulant Betreutes Wohnen
- Ich bin mir unsicher, welche Form die richtige ist.

Zuständiges Sozialamt: .....

.....

.....

.....

## 2. Arbeitseingliederung

Besuch einer  WfbM  Schule

Anschrift: .....

.....

BetreuerIn: .....

Telefon: .....

## 3. Medizinische Versorgung

Arzt	Anschrift	Telefon
Hausarzt Name:		
Zahnarzt Name:		
Name:		
Name:		
Name:		

Medikamentöse Einstellung:

Medikament	morgens	mittags	abends	nachts

Pflegestufe ist vorhanden:  ja  nein

Pflegestufe: .....

Seit: .....

#### 4. Raster zur Hilfebedarfsermittlung

##### Hilfeart:

- Gespräch
- Gruppenaktivität
- Begleitung
- Mithilfe
- Übernahme der Tätigkeit / Stellvertretende Durchführung
- Anleitung
- Übung
- Beratung
- Erinnerung
- Kontrolle
- Verwahrung
- Rufbereitschaft
- Telefonkontakt
- persönlicher Kontakt
- Hausbesuch
- Vermittlung anderer Dienste und Institutionen
- Zusammenarbeit mit anderen Diensten und Institutionen

##### Intensität:

- mehrmals täglich
- täglich
- wöchentlich
- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich
- nach Bedarf
- nach Abruf

Alltägliche Lebensführung	ja	Nein	Hilfeart	Intensität
1 Einkaufen:				
2 Zubereitung von Zwischenmahlzeiten:				
3 Zubereitung von Hauptmahlzeiten:				
4 Wäschepflege:				
5 Ordnung im eigenen Bereich:				
6 Geld verwalten:				

7	Regeln von finanziellen u. (sozial-)rechtlichen Angelegenheiten:				
<b>Gestaltung sozialer Beziehungen</b>					
8	im unmittelbaren Nahbereich:				
9	zu Angehörigen:				
10	in Freundschaften / Partnerschaften:				
<b>Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben</b>					
11	Eigenbeschäftigung:				
12	Teilnahme an Angeboten / Veranstaltungen:				
13	Begegnung mit sozialen Gruppen / fremden Personen:				
14	Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche:				
15	Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung:				
<b>Kommunikation</b>					
16	Kompensation von Sinnesbeeinträchtigungen:				
17	Zeitliche Orientierung:				
18	räumliche Orientierung in vertrauter Umgebung:				
19	räumliche Orientierung in fremder Umgebung:				
<b>Emotionale und psychische Entwicklung</b>					
20	Bewältigung von Angst, Unruhe, Spannungen:				
21	Bewältigung negativer Symptome:				
22	Bewältigung paranoider oder affektiver Symptomatik:				
23	Selbst- und fremdgefährdende Verhaltensweisen:				
<b>Gesundheitsförderung und -erhaltung</b>					

24 Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen:					
25 Absprache und Durchführung von Arztterminen:					
26 Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes:					
27 Gesundheitsfördernder Lebensstil:					
<b>Individuelle Basisversorgung</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>erforderliche Hilfsmittel</b>	<b>Hilfeart</b>	<b>Intensität</b>
28 Ernährung:					
▪ Mundgerechtes Zubereiten					
▪ Eingießen von Getränken					
▪ Nahrungsaufnahme					
▪ Schluckstörung					
29 Körperpflege:					
▪ Zahnpflege / Prothesenreinigung					
▪ Kämmen					
▪ Rasieren					
30 Toilettenbenutzung / persönliche Hygiene:					
▪ Inkontinenz					
▪ Harn / Stuhl					
▪ Wasserlassen					
▪ Stuhlgang					
▪ Vor- und Nachbereitung zum Verrichten des Toilettengangs					
▪ Katheter / Stomaversorgung					
31 Aufstehen / zu Bett gehen:					
▪ Aufsuchen des Bettes und hinlegen					

▪ Lagerungswechsel					
▪ Verlassen des Bettes					
32 Waschen / Baden / Duschen:					
▪ Am Waschbecken					
▪ Im Bett					
▪ Duschen					
▪ Baden					
▪ Haarwäsche					
33 Anziehen / Ausziehen:					
▪ Tagesbekleidung					
▪ Schuhe					
▪ Überbekleidung (Mantel / Anorak)					
▪ Anlegen von Prothesen / Othesen / Korsetts					
34 Stehen und Gehen					
▪ Laufen					
▪ Aufstehen vom Stuhl					
▪ Rollstuhlfahrer					
▪ Umsetzen in den Rollstuhl					
35 Behandlungspflege					
▪ z. B. Verbände					

Sprachverständnis: .....

Sprachvermögen: .....

Baden / Schwimmen: .....

Freizeitbeschäftigungen / Hobbies: .....

.....

Begabungen / Besonderheiten: .....

.....

Aktivitäten: .....

.....

Kostform: .....

Alkohol: .....

Rauchen: .....

Eigene Möbel: .....

Besondere Vermerke:

.....

.....

.....

.....  
Datum                      Unterschrift