

## Ergänzung zum Aufnahmefragebogen

Name: \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

### 1. Lebenspraktische Fähigkeiten

#### 1.1. Aufstehen:

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten:

---

---

Uhrzeit / Aufstehen:

---

#### 1.2. Zu Bett gehen:

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten (Rituale, Schmusetiere etc.)

---

---

Uhrzeit / Zu Bett gehen:

---

Verhalten in der Nacht (Durchschlafen?, Klozeiten?):

---

---

**1.3. Waschen / Haarpflege**

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

**1.4. Zähneputzen**

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten:

---

---

**1.5. Baden / Duschen**

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten:

---

---

**1.6. An- und Ausziehen**

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten:

---

---

**1.7. Toilette:**

Welche Hilfen sind nötig:

---

---

Besonderheiten:

---

---

**1.8. Essen und Trinken**

Welche Hilfen sind nötig:

z. B. Essen geben, pürieren, klein schneiden (in welcher Form, welche Speisen)

verwendet zum Essen Messer/Gabel/Löffel:

mag/verträgt bestimmte Speisen nicht

Diäten

Lieblingsspeisen

Besonderheiten

(z.B. muss vorportioniert werden, muss besonders aufgefordert werden, motiviert, ...)

Frühstück:

---

---

---

---

---

Mittagessen:

---

---

---

---

---

Abendessen:

---

---

---

---

---

Zwischenmahlzeiten:

---

---

---

---

---

Trinken (Menge, Vorlieben, selbständig, Hilfebedarf):

---

---

---

---

---

## 2. Kommunikation

Wie kann er / sie Bedürfnisse / Wünsche mitteilen:

kann sprechen (z. B. gute Ausdrucksmöglichkeiten, Ein- oder Zweiwortsätze)

---

---

---

kann sich durch Gesten und Gebärden verständigen (wie?) / besondere Hilfen

---

---

---

---

Besonderheiten:

---

---

---

## 3. Kulturtechniken

Kann lesen/schreiben (wie gut ? ):

---

---

---

Kann rechnen (in welchem Zahlenraum? ):

---

---

---

Kennt das Geld / Kann mit Geld umgehen / Kennt die Uhr?

---

---

---

**4. Grobmotorik / Feinmotorik:**

braucht besondere Hilfen:

---

---

---

---

**5. Freizeitverhalten**

Eigenbeschäftigungsverhalten / Vorlieben:

---

---

---

---

braucht Anregungen:

---

---

---

---

**6. Medizinische Informationen:**

Chronische Erkrankungen (z. B. Asthma, Allergien, Epilepsie .....)

---

---

---

Medikamente:

---

---

---

Was muss regelmäßig kontrolliert werden? (z. B. Blutbild,...) /  
Besonderheiten (z. B. Nierenleiden, etc.)

---

---

---

jetzige Therapien (z. B. KG, Logopädie, Ergotherapie, ....) / bereits abgeschlossen?

---

---

---

---

allgemeiner Gesundheitszustand (z. B. sehr anfällig für Infektionen, ...)  
zukünftige Operationstermine:

---

---

---

---

benötigt Hilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Brille, Hörgerät, Bettgitter, ...)

---

---

---

---

Anschrift und Telefon-Nr. oder behandelnde Ärzte:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

bisherige Krankenhaus-Aufenthalte:

---

---

---

---

---

---



Was ist bei zahnmedizinischer Behandlung zu beachten?  
(z. B. unter Vollnarkose, ...)

---

---

---

---

Name des behandelnden Zahnarztes:

---

---

---

---

**7. Emotionales Befinden:**

Ängste: (z. B. vor Tieren, Gewitter, nachts, .....

---

---

---

Was tut in einer derartigen Situation gut?

---

---

---

---

Haben Sie bislang Depressionen, Stimmungsschwankungen, Stereotypien bemerkt und wie äußern sich diese?:

---

---

Wie reagieren Sie darauf?

---

---

---

---

Treten Aggressionen gegen sich selbst und / oder Andere auf?  
Wie äußern sich diese?

---

---

---

Wie reagieren Sie, um zu beruhigen?

---

---

## **8. Sozialverhalten**

Wie ist das Verhalten im Kontakt mit Anderen (Familie, Schule, Freundeskreis, Fremde) Inwieweit werden Rückzugsmöglichkeiten benötigt?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**9. Wie ist die Einstellung in Bezug auf neue Situationen?**

---

---

---

**10. Verkehrssicherheit**

Was ist besonders zu beachten?:

---

---

---

**11. Bestehen Weglauftendenzen**

z. B. Nächtliches Umherlaufen, alleiniges Verlassen der Wohngruppe usw.

---

---

---

---

**12. Es ist mir besonders wichtig, dass sie auch folgendes wissen:**

---

---

---

.....  
Ort, Datum und Unterschrift des gesetzlichen Betreuers