

Fragebogen für Aufnahmegesuche

Name, Vorname
Geb.-Dat.: Geb.-Ort:
Geschlecht, Fam.-Stand:
Beruf:
Staatsangehörigkeit:
Konfession:
Taufe: ja, Datum nein
Erstkommunion: ja, Datum nein
Konfirmation: ja, Datum nein
Firmung: ja, Datum nein
Behindertenausweis: ja nein

Tag der Aufnahme:

Eltern:	Vater:	Mutter:
Name:
geb. am:
Geb.-Ort:
Staatsangehörigkeit:
Beruf:
Konfession:
Anschrift:
Telefon: privat
Telefon: dienstlich
E-Mail:
Geschwister:	Jahrgang:
	Jahrgang:
	Jahrgang:

Wichtige Bezugspersonen:
Name:
Anschrift:
Telefon, Fax:
E-Mail:

Betreuung / Sorgeberechtigte

Name:

Anschrift

Telefon, E-Mail

- Wirkungskreis:
- Aufenthaltsbestimmungsrecht
 - Vermögenssorge
 - Gesundheitsfürsorge
 - Sonstiges

- Kostenträger:
- Selbstzahler
 - öffentliche Kostenträger
 - Welche

Art der Behinderung: (Mehrfachnennung möglich)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anfallskrank | <input type="checkbox"/> Geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> Körperliche Behinderung |
| <input type="checkbox"/> zur Zeit Anfälle | <input type="checkbox"/> Psychisch krank | <input type="checkbox"/> Sehbehindert |
| <input type="checkbox"/> zur Zeit keine Anfälle | <input type="checkbox"/> Suchtkrank | <input type="checkbox"/> Blind |
| <input type="checkbox"/> Anfallshäufigkeit unbekannt | <input type="checkbox"/> Lernbehinderung | <input type="checkbox"/> Sprachbehindert |
| <input type="checkbox"/> bes. soziale Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Taub |

Ursache der Behinderung:

- Impfschaden
- Unfall: wann
- Krankheit: welche

Kurzer Lebenslauf:

Vorherige Aufenthalte: Name	von	bis	Ort
Familie:			
Pflegefamilie			
Tagesstätte			
Internat			
Heim			

	Name	von	bis	Ort
Schule/Förderung:				
Frühförderung:				
Kindergarten/SVE:				
Schule:				

Ausbildung: von bis

Bereich:

Arbeitsstelle:

Erkrankungen:

Kinderkrankheiten:

Allergien:

bestehende Krankh.:

Krankenhausaufenth.:

Ärztliche Betreuung:

Name des Arztes:

Anschrift:

Telefon:

Medikamente:

besondere Diät:

Hilfsmittel:

momentane Therapie:

Krankenkasse:

Versichert durch:

Rezeptgebühr befreit: ja nein

Pflegeversicherung: eingestuft in Pflegestufe

Selbständigkeit in lebenspraktischen Bereichen:

selbständig teilweise auf Hilfe angewiesen völlig unselbständig

Orientierung:

ja teils nein

findet sich allein im Haus zurecht

findet sich außer Haus zurecht

Besondere Gefährdungen:

Wenn ja, welche

Sprache:	ja	teils	nein
versteht einfache Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann Wünsche verständlich äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verhaltensauffälligkeiten:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressionen gegen andere | <input type="checkbox"/> Aggressionen gegen sich selbst |
| <input type="checkbox"/> Stereotypen | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Interessen, Vorlieben, Freizeitgestaltung:

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

Grund der Aufnahme:

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

Erforderliche Dokumente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Geburtsurkunde | <input type="checkbox"/> Kostenzahlungserklärung |
| <input type="checkbox"/> Taufzeugnis | <input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs. 4 –
Infektionsschutzgesetz, Hepatitis B, TBC ... |
| <input type="checkbox"/> Firmzeugnis | <input type="checkbox"/> Scheckkarte für Krankenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Impfbuch | <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis |
| <input type="checkbox"/> Schulische Gutachten | <input type="checkbox"/> Personalausweis vom gesetzlichen Vertreter (Kopie) |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Gutachten | <input type="checkbox"/> Kopie Betreuer-Ausweis bzw. Bestellungsurkunde |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Gutachten | <input type="checkbox"/> Kopie des Einstufungsbescheides der Pflegekasse |
| <input type="checkbox"/> Personalausweis | <input type="checkbox"/> Bescheid vom Versorgungsamt, aus dem die
Behinderung hervorgeht |
| <input type="checkbox"/> Persönliche Identifikationsnummer – ID-Nr. | |
| <input type="checkbox"/> Bei Epileptikern: Ärztliches Attest für Schwimmbadbenutzung | |

Bitte ein aktuelles Bild beifügen!

Erklärung der gesetzlichen Betreuer /Sorgeberechtigte

Wir beantragen die Aufnahme in das Heim.

.....
Ort, Datum und Unterschriften