

Aufnahmeformular

Lebensgemeinschaft Zuhauseen gGmbH

BILD

Bitte beifügen (nur Kopien, keine Originale):

- Kurzer Lebenslauf
- medizinische Berichte / Diagnosen
- Pädagogische Berichte z.B. von Schule

Name:	
Geb.-Datum:	Wir suchen einen Platz ab:
Adresse:	

Gesetzlicher Betreuer: <input type="checkbox"/> keine Betreuung		Telefon:
Adresse: Straße, Hs-Nr.		Fax:
PLZ, Ort		E-Mail:

1. Diagnosen:

<input type="checkbox"/> Downsyndrom	<input type="checkbox"/> Epilepsie (Art der Anfälle beschreiben)		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/> Hepatitis A/B/C/D	
<input type="checkbox"/> sonstige chronische Erkrankungen (latente Salmonellen-Träger, HIV):			
Akt. Pflegegrad (falls bekannt):	Akt. HBG Stufe (falls bekannt):	Schwerbehindertenausweis, Grad der Behinderung:	Schwerbehindertenausweis Merkzeichen: mit Beiblatt (Wertmarke) <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf:

2. Auf der Suche nach (z.B. Wohnplatz) und ab wann genauer Beschreiben?

3. Interessen Ressourcen:

4. Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Gehilfe(n)
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

5. Ernährung:

<input type="checkbox"/> Diät:
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeit:
<input type="checkbox"/> Abneigungen:
<input type="checkbox"/> sonst zu beachten:

6. Pflege: Braucht Hilfe bei:

<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden:
<input type="checkbox"/> Waschen:
<input type="checkbox"/> Zähneputzen:
<input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung:
<input type="checkbox"/> Monatshygiene:
<input type="checkbox"/> Baden/Duschen/Haarewaschen:
<input type="checkbox"/> Rasieren:
<input type="checkbox"/> Nagelpflege:
Sonstiges:
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

7. Verhalten/ sonstiges zu beachten ist (z.B. Ängste, Weglauftendenz, Fremd-, Sach-, und Autoaggressionen. Was kann helfen?):

Sicherheit im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur auf vertrauten Strecken
Kann sich sprachlich ausdrücken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln (UK)
Kann sich orientieren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nur in bekannter Umgebung
Umgang mit Geld:			

8. Hilfreiche Ressourcen, Gewohnheiten, Rituale, Hobbys:

Hiermit willige ich ein, dass die Lebensgemeinschaft Zuhause gGmbH die gesendeten Daten Archivieren und für mögliche Aufnahmeverfahren intern auch elektronisch bearbeiten darf. Ich kann jederzeit der Archivierung und Verarbeitung der Daten Widerrufen unter: info@lebensgemeinschaft-zuhause.de

Ort / Datum: _____

Name (gesetzliche Vertretung): _____ Unterschrift: _____

Bitte per Post, samt weiterer Unterlagen (Kopien) zurück an:
 Lebensgemeinschaft Zuhause gGmbH
 Zuhause 5, 83313 Siegsdorf

Aktuell sind alle unsere Plätze belegt und es ist nicht absehbar wann einer frei werden wird.
 Da wir eine kleine Einrichtung sind haben wir leider keine zeitlichen Ressourcen frei, uns mit den vielen Interessenten vorab näher auszutauschen. Was uns sehr leid tut. Alsbald ein freier Platz absehbar wird, werden wir uns bei möglich passenden Interessenten melden.