

Angaben zur Person:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geburtsort: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Kreis: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

eMail / Fax: _____

Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit (ggf. Aufenthaltsstatus): _____

Konfession: _____

Erziehungsberechtigte **gesetzlicher Betreuer** **Vormund:**

1. Name: _____ **Vorname:** _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

Tel. dienstl. _____

eMail / Fax: _____

2. Name: _____ **Vorname:** _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Mobil:** _____

Tel. dienstl. _____

eMail / Fax: _____

Ansprechpartner im Notfall: _____

Telefon: _____

Betreuungsbereiche: _____

(Bitte Kopie der Bestellsurkunde beifügen)

Krankenkasse (mit Anschrift): _____

Versichertennummer: _____

Ein Schwerbehindertenausweis(bitte Kopie beifügen) ist Vorhanden mit Beiblatt

GdB: _____ Merkzeichen: _____

Kostenträger: _____
(und Aktenzeichen, falls bekannt)

ein Antrag auf Kostenübernahme ist bereits gestellt

eine Feststellung der Hilfebedarfsgruppe durch den LWV Hessen ist bereits erfolgt

Wenn ja, Hilfebedarfsgruppe 1 2 3 4 5

Bisherige Förderung / Einrichtungen / Ausbildung:
(bitte entsprechende Berichte (z.B. Entwicklungsberichte) beifügen)

Bisher wurden folgende Einrichtungen (auch Schulen) besucht:

Einrichtung _____ von _____ bis _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Tagesstruktur

ich wünsche die Teilnahme an einer tagesstrukturierenden Maßnahme im Antoniushaus

ich gehe bereits folgender Tätigkeit nach _____

ich werde voraussichtlich folgender Tätigkeit nachgehen _____

Medizinische Daten**1. Behinderung:** _____

_____**2. ansteckende und chronische Erkrankungen:** _____

_____**3. Allergien:** _____
_____**4. Nahrungsmittelunverträglichkeiten:** _____

(bitte entsprechende Berichte und Impfbescheinigungen beifügen)

Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme:

- normale Kost
 geschnittene Kost
 pürierte Kost
 Sondenernährung (eine ärztliche Anweisung liegt vor ja nein)

Die Einnahme der Nahrung erfolgt:

- selbständig
 mit Unterstützung
 vollständige Übernahme

Inkontinenz:

- eine Inkontinenz besteht Harn Stuhl
 eine Inkontinenz besteht nicht
 eine Katheterversorgung besteht

Mobilität:

- Rollstuhlfahrer, wenn ja: Elektrorollstuhl Aktivrollstuhl
 Fixierung im Rollstuhl ist erforderlich ja nein
 Läufer, wenn ja: ohne Gehhilfen mit Gehhilfen

Ich wünsche die orthopädische / ärztliche Betreuung durch das Antoniushaus Hochheim

Ich wünsche die Betreuung durch einen Hausarzt in Hochheim

Folgende Medikamente (auch Notfall- und Anfallsmedikamente) werden dauernd eingenommen:

Medikament

Dosierung

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Einnahme der Medikamente:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Welche Notfälle können auftreten und welche Maßnahmen sind zu ergreifen?

Hausarzt / behandelnde Ärzte (mit Anschrift und Telefon):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Therapeutische Förderung:
(bitte entsprechende Berichte beifügen)

Bisherige Therapie **von** **bis**
Physiotherapie: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Andere Therapien: _____

Ich wünsche die therapeutische Behandlung im Antoniushaus Hochheim:

Therapieform

Physiotherapie

Ergotherapie

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:
(z.B. Rollstuhl, Rollator, Stehständer, Lifter, Toilettenstuhl, Computer)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Ich wünsche die Hilfsmittelversorgung durch das Antoniushaus Hochheim

Welche Hilfen sind im pflegerischen Bereich erforderlich?

An-/Ausziehen: selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Essen/Trinken: selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Duschen/Baden: selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Toilettengänge: selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Sind invasive pflegerische Hilfen notwendig? ja nein

Wenn ja, welche?

- Katheterisieren
- Ausräumen
- Injektionen
- Sondenpflege
- sonstige (bitte Auführen): _____

Welche Hilfen sind im lebenspraktischen Bereich erforderlich?

Zubereitung von Mahlzeiten:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Wäschepflege:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Einkäufe durchführen:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Arztbesuche organisieren und durchführen:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Umgang mit Geld / eigenes Konto führen:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Schriftwechsel / Ausfüllen von Formularen:

selbständig Anleitung teilweise Übernahme vollständige Übernahme

Wie gut ist die räumliche Orientierung ausgeprägt?

In gewohnter Umgebung: gute schlechte keine

In fremder Umgebung: gute schlechte keine

Ein Verlassen des Bereichs ohne Begleitung / Aufsicht ist möglich: ja nein

Können öffentliche Verkehrsmittel selbständig benutzt werden? ja nein

Auf was ist bei der Betreuung speziell zu achten?

In welchen Bereichen wird eine spezielle Förderung im Wohnbereich gewünscht / welche Fähigkeiten sollen noch gefördert werden?

Lebenspraktischer Bereich: _____

Sozialer Bereich: _____

Freizeitbereich: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift