

**Kontaktdaten für die Anfrage:**

Aufnahmemanagement Gemeindepsychiatrie Donau-Riss  
Tel.: 07583 33-1820, [aufnahme.gemeindepsychiatrie.dr@zfp-zentrum.de](mailto:aufnahme.gemeindepsychiatrie.dr@zfp-zentrum.de)

**Anmeldung für den Bereich:**

**Besondere Wohnform (beschützt geführt) mit Tag- und Nachtbetreuung**

- Wohngruppe 1212 Bad Schussenried, Teamleitung Frau Rist-Unger, 07583 33-1470

**Assistenz im Wohn- und Sozialraum (AWS)**

- Region Bad Schussenried, Teamleitung Herr Schmid, 07583 33-1536
- Region Riedlingen, Teamleitung Frau Brandt, 07371 92790-6
- Region Biberach, Teamleitung Frau Hamlescher, 07351 44429-31
- Region Laupheim, 07351 44429-0

Wir weisen Sie darauf hin, dass Ihre Daten elektronisch erfasst werden über die Software Vivendi NG Interessentenverwaltung. Die Daten werden für ein Jahr gespeichert.

Damit Ihre Anfrage bestehen bleibt und Sie auf der Interessentenliste bleiben, melden Sie sich bitte spätestens alle drei Monate.

Datum: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Daten:**

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	
Adresse:	
Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Betreuer: _____ Umfang:
Hausarzt:	
Psychiater:	

Diagnosen:	
	Wurde das Vorliegen einer wesentlichen seelischen Behinderung bereits festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kostenträger:	
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	Wurde die Kostenübernahme bereits beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besteht bereits Kontakt zum Fallmanagement? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Gewünschte Wohnform: (entfällt bei Anfragen für die WG1212)	<input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Einzelwohnung <input type="checkbox"/> eigene Wohnung vorhanden
Ansprechpartner mit Kontaktdaten:	

**Teilhabebedarf:**

Bitte beschreiben sie kurz, in welchen Bereichen Funktionsbeeinträchtigungen bestehen und wo der Teilhabebedarf liegt.

<input type="checkbox"/> <b>Lernen und Wissensanwendung</b> z.B. Problemlösung, Entscheidungsfindung, Lesen/Schreiben/Rechnen, sich Fertigkeiten aneignen, Aufmerksamkeit und Denken	
<input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b> z.B. Umgang mit Einzel- und Mehrfachaufgaben, Durchführen der täglichen Routine, Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen/krankheitsbedingten Belastungen und Problemlagen	
<input type="checkbox"/> <b>Kommunikation</b> z.B. Kommunikation als Sender und Empfänger, Nutzen von Kommunikationsgeräten, Konversation betreiben	

<input type="checkbox"/> <b>Mobilität</b> z.B. Körperposition ändern oder beibehalten, (Fort-)Bewegung, Grob- und Feinmotorik, Gegenstände tragen/anheben/abstellen, Nutzen öffentlicher Verkehrsmittel	
<input type="checkbox"/> <b>Selbstversorgung</b> z.B. Körperpflege, Toilettennutzung, Auswahl geeigneter Kleidung, Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit, Ernährungsweise, Sport, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/> <b>Häusliches Leben</b> z.B. Wohnraum, Zubereiten von Mahlzeiten, Hausarbeiten und Wohnungshygiene, Einkaufen	
<input type="checkbox"/> <b>Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</b> z.B. Sozialverhalten, Beziehungsgestaltung in verschiedenen Kontexten, Sozialkontakte	
<input type="checkbox"/> <b>Bedeutende Lebensbereiche</b> z.B. (Aus-)Bildung, Erwerbstätigkeit/Beschäftigung, finanzielle Angelegenheiten	
<input type="checkbox"/> <b>Gemeinschafts-, Soziales und staatsbürgerliches Leben</b> z.B. Erholung, Freizeit, Religion, politisches Leben, behördliche Angelegenheiten, gesetzliche Betreuung	
Voraussichtliche Ziele der Maßnahme:	
Fähigkeiten, Kompetenzen, Ressourcen:	
Abweichungen bei der Bedarfseinschätzung zwischen Klient:in und professionellem Helfer:	