

# Anmeldebogen

Internationales Bildungs- und Sozialwerk e. V.  
Wohn- und Therapiezentren für autistische Menschen  
Förster-Genzel-Straße 4  
99752 Bleicherode (Landkreis Nordhausen)



## Wohn- und Therapiezentrum für autistische Menschen

### 01 Dringlichkeit der Aufnahme:

Bis wann wird der Wohnheimplatz benötigt: .....

### 02 Angaben zur aufzunehmenden Person:

Name: ..... Vorname: ..... geb. am: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Beruf: .....

Aktueller Wohnsitz: .....  
(Straße, PLZ Ort)

Telefon: .....

### 03 Angaben zur aufnahmeanfragenden Person:

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Funktion: ..... Mobil: .....

Einrichtung: ..... Fax: .....  
(Straße, PLZ Ort)

### 04 Angaben zur Betreuung:

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Kontaktadresse: ..... Mobil: .....  
.....  
(Straße, PLZ Ort)

Aktueller Beschluss vom: .....Amtsgericht: .....

Aktenzeichen: .....

Aufgabenkreise:

- Aufenthaltsbestimmung       Sorge für die Gesundheit       Vermögenssorge
- Postverkehr       Behördenangelegenheiten
- Sonstiges .....

**05 Angaben zu rechtlichen Besonderheiten:**

Liegen Beschlüsse über freiheitsentziehende Maßnahmen vor:       nein       ja

Welche: ..... gültig bis: .....

..... gültig bis: .....

..... gültig bis: .....

**06 Angaben zu weiteren Kontaktpersonen / weiteren Familienangehörigen:**

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Name: ..... Vorname: ..... Telefon: .....

Kontakt **nicht** erwünscht zu: .....

**07 Angaben zur Kostenübernahme:**

Kostenträger: .....  
(gemäß Eingliederungshilfe SGB XII)

AZ: ..... Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

Pflegestufe: ..... Eingestuft durch MDK: ..... am: .....

**08 Angaben zur Kranken- / Rentenversicherung (Berufsgenossenschaft) usw.):**

Versichert bei: ..... Status: ..... Versicherungs-Nr.: .....

Sozialversicherungs-Nr.: ..... Rentenversicherungs-Nr.: .....

**09 Angaben zur Beitragsgebührenbefreiung bei der Krankenkasse:**

Vorliegen einer ärztlich bestätigten chronischen Erkrankung:       ja       nein

Vorliegen einer Beitragsgebührenbefreiung:

ja  nein

befreit bis: .....

---

**10 Angaben zu Personalien / Versorgungsamt:**

Personalausweis-Nr.: ..... Reisepass-Nr.: .....

Versorgungsamt: ..... AZ: .....

GdB: ..... § 69 SGB IX: .....

Schwerbehindertenausweis: ..... eingetragene Merkzeichen: .....

Beiblatt:  ja  nein

Rundfunkteilnehmer: ..... Befreiung gültig bis: .....

---

**11 Angaben zur Beschäftigung:**

Beschäftigung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) gewünscht?  ja  nein

Antrag gestellt:  ja  nein, am ..... Kostenträger: .....

Berufsbildungsbereich:  ja  nein, am ..... Kostenträger: .....

von: ..... bis: .....

AZ: ..... Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

Bisheriges Beschäftigungsverhältnis in einer WfbM:  ja  nein

Name der WfbM: .....

(Straße, PLZ Ort)

Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

Bisherige Berufstätigkeit in einem anderen Bereich:  ja  nein

Arbeitgeber: .....

(Straße, PLZ Ort)

---

**12 Angaben zur Förderung:**

Beschäftigung in einer Förderstätte gewünscht?  ja  nein

Antrag gestellt:  ja  nein am: ..... Kostenträger: .....

bis wann befristet: .....

AZ: ..... Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

Bisheriger Förderstättenbesuch:  ja  nein

Name der Förderstätte: .....

.....  
(Straße, PLZ Ort)

Ansprechpartner: ..... Telefon: .....

**13 Angaben zum schulischen Verlauf:**

Schulpflicht beendet:  ja  nein

Schule: ..... von: ..... bis: .....

Schule: ..... von: ..... bis: .....

Schule: ..... von: ..... bis: .....

Schule: ..... von: ..... bis: .....

**14 Angaben zur vorhandenen Diagnose:**

Grund-Diagnose:

diagnostizierender Arzt:

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

Beschreibung einer vorliegenden Selbst- / Fremdgefährdung (z.B. Suizidversuch, aggressive Verhaltensweisen):

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

Suchtverhalten (auch Umgang mit Genussmitteln); gab oder gibt es Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?

.....  
.....

Besonderheiten im Umgang mit Sexualität:

.....  
.....

Verhütung:  ja  nein welche: .....

Epilepsie:  ja  nein Anfallsverhalten / Typ: .....

Diabetes:  ja  nein Diätkoste notwendig: .....

Hepatitis:  ja  nein Typ: .....

Erkrankung ausgeheilt – Träger:  ja  nein

Bekannte Allergien: .....

.....

Bestehender Impfschutz:

Tetanus  Diphtherie  Polio  FSME  HEP B  Titer-Wert: .....

Benötigte Hilfsmittel:  Zahnprothese  Brille  Hörgerät

Sonstiges: .....

**15 Angaben zur aktuellen Medikation:**

Werden Medikamente regelmäßig eingenommen:  ja  nein

eigenständige Vorbereitung:  ja  nein

eigenständige Einnahme:  ja  nein

Gefahr des Medikamentenmissbrauches:  ja  nein

Verweigerungstendenz:  ja  nein

Besonderheiten bei der Medikamenteneinnahme (z.B. Mörsern, da Schluckbeschwerden):

.....

.....

.....

.....

**16 Aktuellen Medikation:**

Name des Medikaments:	morgens:	mittags:	abends:	nachts:

Bedarfsmedikation:

.....

.....

.....

Depot-Medikation / Injektion:

.....

.....

.....

**17 Angaben zur Entwicklung im lebenspraktischen Bereich 1:**

<b>Bereich/Aktivität:</b>	<b>kann</b>	<b>mit Schwierigkeiten</b>	<b>braucht Motivation</b>	<b>braucht Hilfestellung</b>	<b>muss übernommen werden</b>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
passende Auswahl der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haare kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen / Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl v. Art / Menge der Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitung von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zerkleinerung von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordnung halten im eigenen Bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18 Angaben zur Entwicklung im lebenspraktischen Bereich 2:**

<b>Bereich / Aktivität:</b>	<b>Ohne Einschränkungen</b>	<b>Mit Einschränkungen</b>	<b>Hilfestellung nötig</b>	<b>Anmerkung:</b>
motorische Fertigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koordinationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konzentration / Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**19 Angaben zur Entwicklung im Sozialverhalten:**

<b>Bereich/Aktivität:</b>	<b>kann</b>	<b>mit Schwierigkeiten</b>	<b>braucht Motivation</b>	<b>braucht Hilfestellung</b>	<b>Muss übernommen werden</b>
Nimmt von sich aus Kontakt auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann (körperliche) Nähe zulassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Distanz wahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich verbal äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfügt über Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt sozialangepasstes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhalten von Absprachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personelle Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Freizeitangeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Anweisungen kognitiv umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann lesen und schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann rechnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsfähigkeit / Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Bereich / Aktivität:</b>	<b>ohne Einschränkungen</b>	<b>Besonderheiten in diesem Bereich</b>
Sinnes- und Gefühls- wahrnehmung	<input type="checkbox"/>	
Kann Emotion zulassen / ausdrücken	<input type="checkbox"/>	
Konfliktfähigkeit	<input type="checkbox"/>	
Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>	
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	
Identitätsfindung (Selbstwertgefühl, Sinnhaftigkeit)	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Angst	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Unruhe	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Spannungen	<input type="checkbox"/>	
Geld verwalten (z.B. Geldwertverständnis)	<input type="checkbox"/>	
Überwachung des Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/>	

