

AWW-Wohnverbund Kontakt:Fritz-Krieger-Str. 3
07743 JenaTel.: 03641-449785 / Fax: 356645
E-Mail: wohnverbund@aww-jena.de**Aufnahmebogen**

allgemeine Angaben

1

Name: Vorname:

Familienstand: geboren am:

Telefonnummer: Krankenkasse:

E-Mail-Adresse:

Adresse:

gesetzlicher Betreuer:

(Name und Adresse, Tel.Nr.)

Aufgabengebiete:

nächste Bezugsperson:

(Name und Adresse, Tel.Nr.)

behandelnde Ärzte:

Hausarzt:

Psychiater:

Psychologe:

Krankengeschichte:

Körperliche Diagnosen:

Psychiatrische Diagnosen:

erstmalig in psychiatrischer Behandlung:

Wie viele stationäre Aufenthalte bisher?

letzte stationäre Behandlung: und warum

Liegt eine Suchterkrankung vor? Wenn ja, welche:

Besitzen Sie einen Schwerbeschädigtenausweis? ja , mit% neinIst ein Pflegegrad festgestellt? ja , mit% neinIst ein offenes Strafverfahren anhängig? ja nein

Kindschaftsverhältnis:

- Leibliches Kind
- Adoptivkind
- Pflegekind
- Halbwaise
- Waise

Aufgewachsen:

- in Familie
- bei alleinerziehendem Elternteil
- im Heim
- sonstiges, und zwar

Haben Sie Geschwister?

- ja, und zwar
-
-
- nein

Wer war/ist die wichtigste Bezugsperson in Ihrem Leben?

.....

.....

.....

Wie würden Sie ihre Kindheit beschreiben?

.....

.....

.....

Welche Erinnerungen haben Sie an Ihre Schulzeit?

.....

.....

.....

Welchen Schulabschluss haben Sie?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie einen Beruf erlernt?

Wenn ja, welchen?

.....

Wenn nein, welchen hätten Sie gerne erlernt?

.....

Was sollten wir aus Ihrer Sicht unbedingt noch über Sie wissen, um Sie bei Ihren Zielen gut unterstützen zu können?

.....

.....

.....

.....

Welche Eigenschaften Fähigkeiten schätzen Sie am meisten an sich?

.....

.....

.....

.....

körperliche und psychische Gesundheit

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

.....
.....

Welche Symptome zeigen sich in Krisensituationen?

.....
.....

Was hat Ihnen in Krisensituationen bisher gut geholfen und was war überhaupt nicht hilfreich?

.....
.....

Gibt es einen Krisenplan?

- ja nein

Sind Ihnen in Ihrem familiären Umfeld psychische Erkrankungen bekannt?

- ja, und zwar bei wem und was?
.....
- nein

Wie schätzen Sie die nachstehenden Bereiche ein? (Skala von 1-6; 1 sehr zufrieden; 6 gar nicht zufrieden)

körperliche Gesundheit

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

seelische Gesundheit

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Kontakt zu Hausarzt

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Kontakt zu Psychiater

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

medikamentöse Versorgung

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

In welchen der fünf Bereiche wünschen Sie sich Veränderung und woran würden sie eine Verbesserung bemerken?

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

Selbstversorgung/Wohnen

In welcher Wohnform haben Sie bereits gelebt?	aktuell
Eigene Wohnung vonbis in	<input type="checkbox"/>
Elterliche Wohnung vonbis in	<input type="checkbox"/>
Wohngemeinschaft vonbis in	<input type="checkbox"/>
Möbliertes Zimmer vonbis in	<input type="checkbox"/>
Heim vonbis in	<input type="checkbox"/>
Obdachlos vonbis in	<input type="checkbox"/>
Sonstiges vonbis und zwar	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnsituation?
(Skala von 1-6; 1 sehr zufrieden; 6 sehr unzufrieden)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Wie gelingen Ihnen folgende Aufgabenbereiche?
(Skala von 1-6; 1 sehr gut; 6 gar nicht)

Einkaufen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Kochen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

regelmäßige Mahlzeiten

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Wohnraumhygiene

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Körperhygiene

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Schlafen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Umgang mit Geld

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

In welchen der sechs Aufgabenbereiche wünschen Sie sich Veränderung und woran würden Sie eine Verbesserung bemerken?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tagesstruktur / Beschäftigung

Welche Tätigkeit/Beschäftigung üben Sie aktuell aus?

.....
.....

Von welchem Einkommen leben sie?

- Lohn/Gehalt aus eigener Erwerbstätigkeit
- Sozialhilfe
- Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente
- Witwenrente
- sonstiges und zwar

Wie zufrieden sind Sie mit ihrer aktuellen Tagesstruktur?

(Skala von 1-6; 1 sehr zufrieden; 6 sehr unzufrieden)

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Wie schätzen sie die nachstehenden Bereiche ein? (Skala von 1-6; 1 sehr zufrieden; 6 gar nicht zufrieden)

Tag-/Nachtrhythmus

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

selbstständig Aufstehen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Durchhaltevermögen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Organisation von Terminen

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Hobbies ausüben

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Pflegen sozialer Kontakte

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

In welchen der sechs Bereiche wünschen Sie sich Veränderung und woran würden Sie eine Verbesserung bemerken?

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

Wie sind Sie auf den Wohnverbund aufmerksam geworden?

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

Welche Rehabilitationsmaßnahmen sind bereits erfolgt?

(z.B. betreute Wohnform/Tagesstätte/WfbM/Tagesklinik ...)

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

Beschreiben Sie kurz Ihre Erfahrungen mit diesen! Was war hilfreich und was hätten Sie sich anders gewünscht?

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

Was ist Ihr Betreuungsauftrag – welche konkreten Ziele wollen Sie mit Unterstützung der Mitarbeiter des Wohnverbundes erreichen? Wie wird Ihr Leben sein, wenn Sie Ihr Ziel erreicht haben?

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

Datum:

Unterschrift: