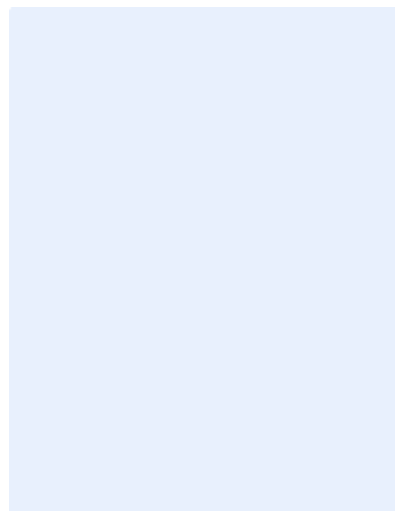




Kontaktbogen bei Anfrage nach Dienstleistungen des Katholischen Jugendsozialwerks München e.V.

Dienststelle Rosenheim



(Platz für Ihr Bild)

Name, Vorname:		Geb. am:	
----------------	--	----------	--

Bitte ausfüllen und bei Interesse an uns zurücksenden!

Kath. Jugendsozialwerk München e.V.
z. Hd. Fachdienst
Oberdonauweg 4
83024 Rosenheim

Oder per E-Mail: fachdienst.rosenheim@kjsw.de





1. Angaben zur aufzunehmenden Person

Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Konfession	
Rentenversicherungsträger	

Geschlecht: männlich weiblich divers

Familienstand: ledig verheiratet geschieden

Kinder: ja nein

2. Angaben zur Betreuung

Liegt eine rechtliche Betreuung vor: ja nein

(Wenn ja bitte Betreuerausweis (Kopie) beilegen)

Name, Vorname	
Straße/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefonnr.	
Handynr.	
E-Mail	

Aufgabenbereiche:

Aufenthaltsbestimmung Vermögenssorge Gesundheitsfürsorge

Behördenangelegenheiten Einwilligungsvorbehalt Postverkehr

sonstige:





3. Aktuelle Wohnsituation

4. Aktuelle Schule, Arbeitgeber, Förderstätte

- Beschulung in einer Regelschule (z.B. Hauptschule etc.)
- Beschulung in einer Schule mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkt
- Beschäftigung auf dem 1. Arbeitsmarkt
- Beschäftigung in einer WfbM
- Beschäftigung in einer Förderstätte
- sonstiges: _____

5. Welchen Schulabschluss haben Sie erreicht?

- Förderschule Schwerpunkt Sehen
- Förderschule Schwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung
- Förderschule Lernen
- Förderschule Schwerpunkt geistige Entwicklung
- Förderschule Schwerpunkt Sprache
- Förderschule Schwerpunkt Hören
- Förderschule Schwerpunkt Lernen
- sonstiges: _____





6. Ärztliche Diagnosen nach ICD 10

(Bitte Unterlagen, Arztberichte etc. beifügen)

Haben Sie epileptische Anfälle?

ja

nein

Wenn „ja“, haben Sie zurzeit Anfälle

ja

nein

Wenn „ja“, Art und Häufigkeit der Anfälle ?

7. Liegen Allergien vor?

Wenn „ja“, welche ?





8. Haben Sie Diabetes?

(Wenn „Ja“ bitte den Typ angeben)

- Ja Nein Diabetes Typ I Diabetes Typ II

9. Gibt es Hinweise auf Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch?

- Nein
 Ja _____

10. Wurde bei Ihnen eine der folgenden ansteckenden Krankheiten festgestellt?

- MRSA Hepatitis A,B,C,D HIV sonstige Infektionskrankheiten

Wenn bei Frage 10 „sonstige Infektionskrankheiten“ angekreuzt wurde, bitte hier die Bezeichnung der Krankheit anführen! :

11. Angaben zur aktuellen Medikation

12. Es werden **keine** Medikamente benötigt.
13. Es werden folgende Medikamente benötigt (nur mit ärztlicher Verordnung):

Name des Medikamentes:

Dosierung:

Name des Medikamentes:	Dosierung:





12. Aktueller Hilfebedarf – Ressourcen – Ziele

Umgang mit den Auswirkungen der Behinderungen

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	ja	teilweise	nein
Verfügt über Sprachverständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann sich verbal äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Anleitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerz- und Krankheitsempfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absprache und Durchführung von Arztterminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausführung ärztlicher Verordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwachung des Gesundheitszustandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bereich/Aktivität	unauffällig	Bemerkung
Sinnes- und Gefühlswahrnehmung	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Angst	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Unruhe/ Spannungen	<input type="checkbox"/>	
Kann Emotionen zulassen/ ausdrücken	<input type="checkbox"/>	
Frustrationstoleranz	<input type="checkbox"/>	
Kritikfähigkeit	<input type="checkbox"/>	
Umgang mit Genussmitteln(Zigaretten, Alkohol..)	<input type="checkbox"/>	
Antrieb	<input type="checkbox"/>	
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	

Angaben zu rechtlichen Besonderheiten:

Unterbringungsbeschluss nach § 1906 BGB

ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 Abs.4, BGB

ja nein





Selbstversorgung und Wohnen:

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	selbständig	Unter Anleitung	Mit praktischer Hilfestellung	Vollständige Übernahme
Einkaufen	<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"/>
Zubereitung von Mahlzeiten	<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"/>
Zerkleinern von Nahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl von Art & Menge der Nahrung	<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"/>
Sich waschen	<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"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden und / oder Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passende Kleidung wählen	<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"/>
Gehen / Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<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"/>
Umgang mit Menstruation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inkontinenz	nein	ja	gelegentlich	nur nachts
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben und Informationen





Aufnahme und Gestaltung persönlicher, soziale Beziehungen

Beschreibung der aktuellen Situation / Bedarfslage

Bereich/Aktivität	selbständig	unter Anleitung	mit praktischer Hilfestellung	Vollständige Übernahme
Nimmt von sich aus Kontakt auf	<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"/>
Kann Distanz wahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt sozial angepasstes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Absprachen einhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Eltern/ Angehörigen/ gesetzl. Betr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt in der Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zusätzliche Angaben und Informationen

13. Kommunikation

Wie wird überwiegend kommuniziert?

verbal

nonverbal

Wenn verbal, dann vor allem durch:

kein bedeutungsvolles Sprechen (Echolalie)

spricht einzelne Worte

spricht in kurzen Ausdrücken

spricht in ganzen Sätzen

Wenn nonverbal, dann vor allem durch:

Laute o.ä.

Gesten (z.B. andere Person hinführen)

nimmt sich Dinge, die er / sie möchte

schreibt, um sich mitzuteilen

andere Arten der Kommunikation

Welche ?





Welche Formen der nonverbalen Kommunikation werden verstanden?

- zeigen von Gegenständen
- Fotos
- Zeichnungen / Piktogramm
- Gebärden
- Schrift
- sonstiges _____

14. Verhalten

Reagiert er / sie mit auffälligem Verhalten (z.B. zwanghaftes Verhalten, selbst- oder fremdverletzendes Verhalten)?

- oft (mehrfach am Tag)
- gelegentlich (1-2-mal pro Woche)
- selten (1-2-mal pro Monat)
- nie, d.h. nichts Außergewöhnliches

1. Bitte beschreiben Sie Situationen, Aufgabenanforderungen, andere Dinge, die ihn/ sie aufregen?

2. Wie wird adäquat darauf reagiert (mit welchem Erfolg?)





15. Das ist mir / der aufzunehmenden Person wichtig

15.1 Gewünschter Wohnort ?

15.2 Mit wem will ich/ die aufzunehmende Person wohnen?

15.3 Mit wie vielen Personen will ich / die aufzunehmende Person wohnen?

15.4 Gibt es bereits eine eigene Wohnmöglichkeit?

15.5 Wo ist der Freundeskreis verortet?

15.6 Fragen zur Mediennutzung

Telefonieren ja nein

Internetnutzung ja nein

Soziale Netzwerke (Facebook,
Twitter, Instagram etc.) ja nein

Wünsche, Erwartungen, sonstige Anregungen





16. Datenschutz

Die von Ihnen bekannt gegeben Daten werden innerhalb des Katholischen Jugendsozialwerks (Dienststelle Rosenheim) elektronisch verarbeitet, gespeichert und übermittelt. Dies dient dem Zweck, dass ihre Anfrage effizient bearbeitet werden kann. Auf diese Daten erhalten ausschließlich die berechtigten Organe innerhalb des KJSW´s Zugriff. Ihre Daten werden streng vertraulich und gegen den Zugriff unberechtigter Dritter geschützt.

Die Aktualität ihrer Anfrage wird durch den Fachdienst im Zwei-Jahres Turnus überprüft.

Entbindung von der ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht

Ich/Wir erkläre/n hiermit, dass behandelnde Ärzte, Psychologen, Psychiater und Neurologen sowie sonstige Fachärzte, zuständige Vertreter von Krankenhäusern, Werkstätten für behinderte Menschen und sonstige Institutionen von ihrer ärztlichen und beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Einrichtungsleitung oder der von ihr beauftragten Personen entbunden werden, soweit die Kenntnis über diagnostische Einschätzungen, Erkrankungen und über sonstige Informationen und Maßnahmen zur Erhebung des Hilfebedarfes erforderlich sind.

Die Löschung der Daten kann jederzeit formlos beim Katholischen Jugendsozialwerk München. e.V. beantragt werden.

Die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise und Richtigkeit der Angaben wird hiermit bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei einer bestehender Betreuung

Ort, Datum

Unterschrift gesetzl. Betreuer/ Vertreter/ Vormund

