

Kontaktadresse:
 Kund*innenbetreuung
 Mag.^a Angelika Rabl
 HABIT – Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH
 1160 Wien, Seeböckgasse 30a
 Mo – Fr von 9 – 15 Uhr **Telefon** 01 40 199-8006 **Mobil** 0664 885 93 882 **Fax** 01 40 199-8004
 HABIT-Anmeldung@hb.at

Vormerkung

Für Herrn/Frau
Familienname:

Vorname:

WG (Vollbetreutes Wohnen): Wien Niederösterreich

Frühester Bedarf ab (Datum):

Bewilligung vorhanden beantragt nicht beantragt

Tagesstruktur: Wien Niederösterreich

Frühester Bedarf ab (Datum):

Bewilligung TS vorhanden beantragt nicht beantragt

Mobile Begleitung (Teilbetreutes Wohnen):

Frühester Bedarf ab (Datum):

Bewilligung vorhanden beantragt nicht beantragt

Garconnierenverbund (Teilbetreutes Wohnen):

Frühester Bedarf ab (Datum):

Bewilligung vorhanden beantragt nicht beantragt

Zeitlich befristetes Wohnen

gewünschter Zeitraum (Datum) von bis

Dringlichkeit:

akut innerhalb eines Jahres in 1 – 3 Jahren 3 Jahre od. später

Begründung:

Persönliche Daten

Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
SVNr:	Krankenkasse:
Selbstversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mitversichert mit:	
Geburtsdatum:	
SVNr:	
Krankenkasse:	

Wohnadresse/Schule/Tagesstruktur

PLZ:	
Ort:	
Straße:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Falls nicht privat, Institution:	
Ansprechperson:	
Tel.:	
Derzeitige Schule bzw. Tagesstruktur:	
Ansprechperson:	
Tel.:	
Derzeitige Betreuungsinstitutionen:	

minderjährig mündig gesetzliche Vertretung

Gesetzliche Vertretung

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:

Eltern/Angehörige/Kontaktpersonen (wenn nicht gesetzliche Vertretung)

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Beziehung zur Kund*in:	

Finanzielle Situation

Pension:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld Stufe:		seit:
Erhöhte Familienbeihilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Fonds Soziales Wien	<input type="checkbox"/> Land NÖ
	<input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler*in

Medizinische Anamnese

Diagnosen (inkl. Allergien):

Derzeitige Medikation:

Betreuungs- und Pflegebedarf

Bewegung:

Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Fährt alleine mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Bewegt sich selbständig am Boden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Steht alleine auf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Dreht sich selbst im Liegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Steht mit Hilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Geht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Stolpert manchmal beim Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

Essen/Trinken:

Isst/trinkt alleine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Essen wird mit Löffel gegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Isst selbständig mit den Fingern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Isst mit Besteck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Benötigt besondere Konsistenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hustet manchmal beim/nach Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Verschluckt sich manchmal beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Verabreichung über Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

Körperpflege:

Braucht Hilfsmittel beim Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Duscht im Stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hilft bei der Pflege mit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Zieht sich selbständig an/aus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Ist kontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Geht selbständig aufs WC	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Muss dazu aufgefordert werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hat Harnkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

Wahrnehmung:

Sieht gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hört gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spürt gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Kommunikation:

Spricht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Versteht Symbole	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Lautiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benützt Gebärden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benützt Kommunikationshilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Versteht verbale Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Gruppenverhalten:

Ist gerne in der Gruppe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Beschäftigt sich selbst:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Nimmt aktiv Kontakt mit anderen auf:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Ausdruck/Kann Gefühle ausdrücken:

Ablehnung: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Zustimmung: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Ärger: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Freude: ja nein teilweise

Wenn ja, wie:

Schmerzen: ja nein teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

Schlafen:

Schläft durch ja nein teilweise

Braucht in der Nacht Unterstützung ja nein teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

Zur Erbringung der Betreuungsleistungen durch HABIT ist die Verarbeitung der oben angeführten Daten erforderlich (Art. 9 Abs. 2 Buchstaben h und i DSGVO). Nähere Informationen sind unter <https://hb.at/datenschutz> zu finden.

Ort, Datum

Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Fonds Soziales Wien benötigt für die Planung von Tagesstruktur- und Wohnplätzen eine Übersicht, wie viele Personen sich um einen Platz bewerben. Wir übermitteln daher die nachstehenden Daten an den Fonds Soziales Wien. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unserer Datenschutzerklärung unter <https://hb.at/datenschutz>.

Kontaktdaten

- Datum Erstkontakt

Persönliche Daten

- Familienname
- Vorname
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- SVNR
- PLZ Wohnort
- Pflegegeld: kein Pflegegeld/beantragt/Stufe 1-7/unbekannt

Zielgruppen

- Geistige Behinderung: ja/nein
- Psychische Erkrankung: ja/nein
- Körperl. Beeinträchtigung: ja/nein
- Rollstuhlfahrer*in: ja/nein
- Hörbehinderung: ja/nein
- Sehbehinderung: ja/nein
- Chronisch somatische Erkrankung: ja/nein

Bedarf Tagesstruktur

- basale Gruppe: ja/nein
- Kreativgruppe: ja/nein
- Arbeitsgruppe: ja/nein
- Qualifizierungsgruppe: ja/nein
- Dringlichkeit Tagesstruktur: innerhalb eines Jahres/in ein bis drei Jahren/
drei Jahre oder später/unbekannt
- Datum Ende des Interesses
- Datum Eintritt in Einrichtung

Bedarf Wohnen

- WMmB teilbetreut: ja/nein
- WMmB vollbetreut: ja/nein
- WLH: ja/nein
- Dringlichkeit Wohnen: akut/innerhalb eines Jahres/in ein bis drei Jahren/
drei Jahre oder später/unbekannt
- Datum Ende des Interesses
- Datum Eintritt in Einrichtung

Bedarf Fahrtendienst

- Bedarf Fahrtendienst: ja/nein