

<p><u>Kontaktadresse:</u>  Kund_innenbetreuung  Mag.<sup>a</sup> Angelika Rabl  HABIT – Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH  1160 Wien, Seeböckgasse 30a  Mo – Fr 9 – 15 Uhr <b>T</b> 01 40 199-8006 <b>M</b> 0664 885 93 882 <b>F</b> 01 40 199-8004  HABIT-Anmeldung@hb.at</p>
--

## Vormerkung

für: Herrn/Frau

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

<b>O Wohngemeinschaft</b> (Vollbetreutes Wohnen):			
<input type="radio"/> Wien	<input type="radio"/> Niederösterreich		
Frühester Bedarf ab (Datum):			
Bewilligung	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> nicht beantragt

<b>O Tagesstruktur:</b>		<input type="radio"/> Wien	<input type="radio"/> Niederösterreich
Frühester Bedarf ab (Datum):			
Bewilligung TS	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> nicht beantragt
Bewilligung Fahrtendienst	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> nicht beantragt

<b>O Mobile Begleitung</b> (Teilbetreutes Wohnen):			
Frühester Bedarf ab (Datum):			
Bewilligung	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> nicht beantragt

<b>O Garconnierenverbund</b> (Teilbetreutes Wohnen):			
Frühester Bedarf ab (Datum):			
Bewilligung	<input type="radio"/> vorhanden	<input type="radio"/> beantragt	<input type="radio"/> nicht beantragt

<b>O Kurzzeitunterbringung:</b>
---------------------------------

**Dringlichkeit:**             gering             normal             hoch

Begründung:

**Persönliche Daten**

Geburtsdatum:

**Wohnadresse**

PLZ:	Ort:
Straße:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Institution:	
Ansprechperson:	Tel.:
Derzeitige Schule bzw. Tagesstruktur:	
Ansprechperson:	Tel.:
Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
SVNr:	Krankenkasse:
Selbstversichert: <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Mitversichert mit:	Geburtsdatum:
SVNr:	Krankenkasse:
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/zum Kund_in:	

**Finanzielle Situation**

Pension:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Pflegegeld Stufe:	seit:	
Erhöhte Familienbeihilfe:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sozialhilfe:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Kostenträger:	<input type="radio"/> Fonds Soziales Wien	<input type="radio"/> Land NÖ
	<input type="radio"/> Andere:	<input type="radio"/> Selbstzahler_in

## Medizinische Anamnese

Diagnosen (inkl. Allergien):

Derzeitige Medikation:

## Betreuungs- und Pflegebedarf

### Bewegung:

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

Das kann sie/er selbständig:

### Essen/Trinken:

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

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

Das kann sie/er selbständig:

**Körperpflege:**

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

Das kann sie/er selbständig:

**Wahrnehmung:**

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

**Kommunikation:**

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

**Gruppenverhalten:**

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