



**Persönliche Daten**

Geburtsdatum:
Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:
SVNr: <span style="float: right;">Krankenkasse:</span>
Selbstversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mitversichert mit: Geburtsdatum: SVNr: Krankenkasse:

**Wohnadresse/Schule/Tagesstruktur**

PLZ:
Ort:
Straße:
Telefonnummer: <span style="float: right;">E-Mail:</span>
Falls nicht privat, Institution: Ansprechperson: Tel.:
Derzeitige Schule bzw. Tagesstruktur: Ansprechperson: Tel.:
Derzeitige Betreuungsinstitutionen:

minderjährig  mündig  gesetzliche Vertretung

**Gesetzliche Vertretung**

Name:
Adresse:
Telefonnummer: <span style="float: right;">E-Mail:</span>

**Eltern/Angehörige/Kontaktpersonen (wenn nicht gesetzliche Vertretung)**

Name:
Adresse:
Telefonnummer: <span style="float: right;">E-Mail:</span>
Beziehung zur Kund*in:

**Finanzielle Situation**

Pension: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld Stufe: <span style="float: right;">seit:</span>
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:

**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

-----

-----