



# Betreuungsbericht zum Verlängerungsantrag Teilbetreutes Wohnen

Sehr geehrte Damen und Herren,

um den Verlängerungsantrag für teilbetreutes Wohnen bearbeiten zu können, bitten wir Sie um Ihre Rückmeldung.

## Daten der Kundin/des Kunden

▼ Akademischer Grad/Titel	▼ Anrede	▼ Geburtsdatum
	Frau      Herr	
▼ Familienname	▼ Vorname	

## Daten der Ansprechperson in der Einrichtung

▼ Akademischer Grad/Titel	▼ Anrede
	Frau      Herr
▼ Familienname	▼ Vorname
▼ Funktion	▼ Erreichbarkeit

## Aktuelle Wohnform

Zimmer in einer Einrichtung <sup>1</sup>	Wohnung in einer Einrichtung <sup>1</sup>	Garconnieren- Verbund <sup>4</sup>	Eigene Wohnung
angeschlossene Einzelwohnung <sup>2</sup>	angeschlossene Paarwohnung <sup>2</sup>	angeschlossene Klein-WG <sup>2</sup>	Wohnung mit Angehörigen
dislozierte Einzelwohnung <sup>3</sup>	dislozierte Paarwohnung <sup>3</sup>	dislozierte Klein-WG <sup>3</sup>	▼ Sonstiges

(1) Der Eingang zur Wohnung/zum Zimmer ist innerhalb der Einrichtung.

(2) Liegt in unmittelbarer Nähe der Einrichtung, direkt daneben, gegenüber od. in einem anderen Stockwerk, jedenfalls im selben Gebäude. Der Eingang ist getrennt von der WG.

(3) Liegt in der Nähe der Einrichtung (z. B. auf einer anderen Stiege, in einem Nachbarhaus) oder ist der WG/dem Betreuungspunkt organisatorisch zugeordnet.

(4) Mehrere Garconnieren liegen in unmittelbarer Nähe und werden von einem Stützpunkt aus betreut.

## Art der Beschäftigung

▼ Tagesstruktur, Berufsqualifizierung, zu Hause, erwerbstätig

## Einschätzung Unterstützungsbedarf – Haushalt (Mehrfachauswahl möglich -> Anmerkung erforderlich)

### ▼ Raumpflege

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Wäschepflege

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Einkaufen

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Instandhaltung einer Wohnung

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Nahrungszubereitung

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Anmerkungen zu Unterstützungsbedarf – Haushalt

## Einschätzung Unterstützungsbedarf – Grundbedürfnisse (Mehrfachauswahl möglich -> Anmerkung erforderlich)

### ▼ An- und Auskleiden

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Haare waschen, Föhnen

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Körperpflege

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Zähneputzen

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Nahrungsaufnahme (Essen, Trinken)

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

### ▼ Toilettengang

Selbstständige  
Ausführung

Anleitung, Hilfestellung,  
Motivation erforderlich

Stellvertretende Ausführung/  
Begleitung erforderlich

▼ **Harninkontinenz/Inkontinenzversorgung**

Nein	Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------	---------------------------	---	---

▼ **Stuhlinkontinenz/Inkontinenzversorgung**

Nein	Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------	---------------------------	---	---

▼ Anmerkungen zu Unterstützungsbedarf – Grundbedürfnisse

**Einschätzung Unterstützungsbedarf – Gesellschaftliches Leben** (Mehrfachauswahl möglich -> Anmerkung erforderlich)

▼ **Gestaltung sozialer Kontakte**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	---

▼ **Planung und Durchführung von Freizeitaktivitäten**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	---

▼ Anmerkungen zu Unterstützungsbedarf – Gesellschaftliches Leben

▼ **Vereinbaren und Wahrnehmen von Arztterminen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	--

▼ **Ausführen von ärztlichen und therapeutischen Verordnungen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	--

▼ **Häufige Arztbesuche/erhöhte med. Versorgung**

Ja            Nein

▼ **Bewältigung von psychischen Krisen/Belastungssituationen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	--

▼ **Umgang mit Konflikten/Bedrohung durch andere**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	--

▼ **Umgang mit akuter Erkrankung/starken Schmerzen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
---------------------------	---	--

▼ **Erkennen von Gefahren und entsprechend reagieren (Hilfe holen)**

Ja            Nein

▼ **Anmerkungen zu Unterstützungsbedarf – Erhaltung der Gesundheit**

▼ **Auffällige Verhaltensmuster (Selbst- und/oder Fremdgefährdung)**

▼ **Verwaltung des eigenen Geldes (auch „Taschengeld“)**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Rechnungen sichten, Kontostand überprüfen, Aufträge erstellen, Fixkosten verwalten, Überblick über Finanzen gewinnen/behalten**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Geltend machen von diversen Ansprüchen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Aufstehen/zu Bett gehen**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Versorgung in der Nacht**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Einhalten einer Tagesstruktur**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Zeitliche Orientierung**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ **Räumliche Orientierung und Verkehrssicherheit**

Selbstständige Ausführung	Anleitung, Hilfestellung, Motivation erforderlich	Stellvertretende Ausführung/ Begleitung erforderlich
------------------------------	--	---

▼ Anmerkungen zu Unterstützungsbedarf – Organisatorische Kompetenzen

## Betreuungskontakte

▼ Wie oft finden persönliche Betreuungskontakte statt? ▼ Wie lange dauern diese?

▼ Wie oft finden telefonische Betreuungskontakte statt? ▼ Wo findet die Betreuung hauptsächlich statt?

	in der Einzelwohnung	am Stützpunkt	Begleitung bei Aktivitäten/Terminen
--	-------------------------	------------------	--

▼ Nimmt die Kundin/der Kunde Rufbereitschaft in Anspruch?

Ja      Nein

▼ Wenn **Ja**, wie oft?

▼ Mit welchen Anliegen?

▼ Nimmt die Kundin/der Kunde zusätzlich soziale Dienste in Anspruch?

Mobile Haus-  
krankenpflege

Heimhilfe

Essen auf  
Rädern

Besuchs-  
dienst

▼ Wenn **Ja**, wie oft?

▼ Wo liegen die Betreuungsschwerpunkte?

▼ Wünsche, Ziele, Vorstellungen der Kundin/des Kunden

▼ Fassen Sie zusammen, aus welchen Gründen die Kundin/der Kunde das teilbetreute Wohnen derzeit benötigt.

▼ **Einschätzung der betreuenden Personen, wie lange die Kundin/der Kunde teilbetreutes Wohnen benötigen wird:**

6 Monate

1 Jahr

1–2 Jahre

2–5 Jahre

Länger als 5 Jahre

TBW dauerhaft  
erforderlich

▼ Ist ein Wechsel in vollbetreutes  
Wohnen in absehbarer Zeit notwendig?

Ja

Nein

▼ VerfasserIn des Berichts

▼ Datum