

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
---------------------------	---	--

▼ Sondenernährung

Ja	Nein
----	------

▼ 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 – Gesundheit

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

Einschätzung Unterstützungsbedarf – Organisatorische Kompetenzen (Mehrfachauswahl möglich -> Anmerkung erforderlich)

▼ 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/Zubettgehen

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

Zusätzlich für KundInnen in Einzelwohnungen – Betreuungskontakte

▼ Wie oft finden persönliche Betreuungskontakte statt?

▼ Wie lange dauern diese?

▼ Wo findet die Betreuung hauptsächlich statt?

in der Einzelwohnung	am Stützpunkt/ in der WG
----------------------	-----------------------------

Wünsche, Ziele, Vorstellungen der Kundin/des Kunden

Wo liegen die Betreuungsschwerpunkte?

Fassen Sie zusammen, aus welchen Gründen der Kundin/des Kunden das vollbetreute Wohnen derzeit benötigt.

▼ Einschätzung der betreuenden Personen, ob und wann ein Übertritt in teilbetreutes Wohnen möglich sein wird.

Binnen 6 Monaten

Binnen 1 Jahr

In 1–2 Jahren

In 2–5 Jahren

Später als in
5 Jahren

VBW dauerhaft
erforderlich

▼ VerfasserIn des Berichts

▼ Datum