

# Erhebungsbogen für eine Wohnplatzvermittlung



An

**Lotse Berlin Region West**

**Frau Doris Brandt**

**Blissestraße 12/ Eingang Wilhelmsaue**

**10713 Berlin**

**Tel: 030 / 85 728415**

**Fax: 030 / 85 75 77 331**

**Mail: west@lotse-berlin.de**

## Adressat: Bewerberin/Bewerber

Damit wir Ihren Wünschen entsprechend tätig werden können, bitten wir um die folgenden Angaben.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Name:

Geburtsdatum :

Vorname:

Tel:

Fax:

Email:

Adresse:

---

### Gesetzliche Betreuung

Name:

Adresse:

Fax:

Bereiche:

Tel:

Email:

---

### Angaben zu Bezugspersonen

Mutter:

Adresse:

Vater:

Adresse:

Andere wichtige Bezugspersonen:

**Wo leben Sie zur Zeit?**

- Betreutes Einzelwohnen
- Betreute Wohngemeinschaft
- Heimeinrichtung
- bei den Eltern
- in einer eigenen Wohnung
- anders:

Adresse:

Telefon:

Ansprechpartner:

Telefon:

**Schulische und berufliche Ausbildung**

Welche Schulen haben Sie besucht ?

Welchen Schulabschluss haben Sie ?

Haben Sie an einer beruflichen Fördermaßnahme teilgenommen ?

- Ja  Nein

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung ?

- Ja  Nein

Welche ?

**Arbeit / Tagesstruktur**

Sind Sie berufstätig ?

- Ja  Nein

Adresse des Arbeitgebers:

Nehmen Sie an einer tagesstrukturierenden Maßnahme teil ?

- Ja  Nein

Adresse:

**Art der Behinderung**

**Geistige Behinderung:**  
**Körperliche Behinderung:**  
**Mehrfache Behinderung:**  
**Sonstige:**

---

**Ist eine Hilfebedarfsgruppe festgestellt worden ?**

Ja

Nein

Wenn Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_

**Schwerbehinderung:** \_\_\_\_\_ %

**Benötigen Sie orthopädische Hilfsmittel?**

Ja

Nein

Welche? \_\_\_\_\_

**Medizinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einnahme von Medikamenten:**

Ja

Nein

Wenn Ja, welche ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liegen psychische Auffälligkeiten vor ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Weitere Angaben zu Gesundheit und Behinderung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Wohnformen**

### **Welche Wohnangebote halten Sie für sich am geeignetsten ?**

Wohnstätte für Menschen mit einer Schwerstmehrfachbehinderung  
(Betreuung rund um die Uhr)

Wohnstätte / Wohnheim  
(Betreuung rund um die Uhr)

Wohngemeinschaft  
(täglich mehrstündige Betreuung ohne Nachtbetreuung)

Betreutes Einzelwohnen  
(tageweise mehrstündige Betreuung)

Betreutes Paarwohnen  
(tageweise mehrstündige Betreuung)

Ich bin mir noch nicht sicher, welche Wohnform für mich geeignet ist.  
Ich wünsche weitere Beratung

### **Ich benötige einen betreuten Wohnplatz**

**zum** \_\_\_\_\_

**bevorzugt in folgenden Bezirken:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Was schätzen Sie, wie lange Sie betreut werden wollen?**

\_\_\_\_\_

### **Worin sehen Sie vor allem Ihren Betreuungsbedarf ?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## In welchen Bereichen brauchen Sie Unterstützung / Hilfestellung?

**Aufstehen:**  Ja  Teilweise  Nein

**Anziehen:**  Ja  Teilweise  Nein

---

**Hygiene:** Körper  Ja  Teilweise  Nein

Toilettengang  Ja  Teilweise  Nein

Kleidung  Ja  Teilweise  Nein

Zimmer  Ja  Teilweise  Nein

---

**Nahrungsaufnahme:**  Ja  Teilweise  Nein

**Kochen:**  Ja  Teilweise  Nein

**Diät:**  Ja  Teilweise  Nein

**Einkauf:**  Ja  Teilweise  Nein

---

**Umgang mit Geld**  Ja  Teilweise  Nein

---

**Umgang mit Ämtern  
und Behörden**  Ja  Teilweise  Nein

---

**Haben Sie besonderen Unterstützungsbedarf in bestimmten Situationen wie Kontaktaufnahme in fremder Umgebung, Einbindung in Gruppen, familiäre Kontakte etc.?**

---

---

---

---

---

## Liegen Kompetenzen vor?

- |                           |                             |                                    |                               |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Lesen</b>              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Schreiben</b>          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Sprechen</b>           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Hören</b>              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |
| <b>Verkehrssicherheit</b> | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Teilweise | <input type="checkbox"/> Nein |

**Sind Sie nach einer Trainingsphase voraussichtlich in der Lage, den Weg zur Arbeit allein zu schaffen?**

- Ja  Nein

**Sonstige Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Freizeitbeschäftigung und besondere Interessen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Angaben entsprechend dem Datenschutz erfasst und gespeichert werden.**

**Ich bin mit der Weitergabe der Daten zum Zweck der Vermittlung in eine betreute Wohnform einverstanden.**

Datum:

Unterschrift:

**Von wem ist der Fragebogen ausgefüllt worden ?**

**Über wen sollte der weitere Kontakt laufen ?**

**Adresse:**

**Telefon:**

**Fax:**

**Email:**