

HABIT

Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH

Kontaktadresse:

Mag. Angelika Rabl

Klientenaufnahme

HABIT - Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH

1160 Wien, Sautergasse 53/Stiege 2 (Eingang Heigerleinstr. 78)

Mo, Do 9.30 Uhr – 16.30 Uhr Tel.: 01 4023826/6 Mobil: 0664 88593882 Fax: 01 4023826/4

E-Mail: angelika.rabl@hausderbarmherzigkeit.at

VORMERKUNG

für :

Nachname: _____

Vorname: _____

Wohnunterbringung: Wien Niederösterreich

Frühester Bedarf ab(Datum): _____

Spätestens bis (Datum): _____

Beschäftigungstherapie: Wien Niederösterreich

Frühester Bedarf ab(Datum): _____

Spätestens bis (Datum): _____

Kurzzeitunterbringung: Wien Niederösterreich

Von: _____ Bis: _____

VORAUSSETZUNGEN FÜR EINE AUFNAHME BEI HABIT:

- Ausgefüllte Vormerkung durch Aufnahmewerber bzw. gesetzlichen Vertreter
- Grundsätzliche Befürwortung einer Aufnahme durch pädagogische Leitung – bei Absage werden sie benachrichtigt
- Gültige Bewilligung vom Kostenträger für die notwendige Maßnahme (z. B. Fonds Soziales Wien, NÖ Landesregierung)
- Freier Platz im Rahmen der Kontingente
- Unterschriebener HABIT Betreuungsvertrag

PERSÖNLICHE DATEN:

Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
Religionsbekenntnis:	
Familienstand:	
SVNr:	Krankenkasse:
Selbstversichert: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Mitversichert mit:	Geburtsdatum:
SVNr:	Krankenkasse:
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

Wohnadresse:

PLZ:	Ort:
Straße:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Institution:	
Ansprechperson:	erreichbar:

 minderjährig mündig Sachwalter vertretungsbefugt

Gesetzlicher Vertreter:

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:

Eltern/ Angehörige/ Kontaktpersonen:

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Beziehung zum Klienten:	

Bei Kurzzeitunterbringung: **ERREICHBARKEIT IM NOTFALL:** siehe oben: Eltern/Angehörige/Kontaktpersonen andere Personen:

Adresse:

Telefonnummer:

Finanzielle Situation:

Pension:
Pflegegeld Stufe:
Erhöhte Familienbeihilfe:
Sozialhilfedauerleistung:

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

BEWILLIGUNGEN zur Kostenübernahme:

Wohnheimunterbringung (Wien: § 24 WBHG)
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

Beschäftigungstherapie (Wien: § 22 WBHG)
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

Fahrtendienst (Wien: §17 WBHG)
<input type="radio"/> vorhanden <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/> nicht beantragt

KURZE VORGESCHICHTE - BIOGRAPHIE: (Kindergarten, Schule, bisherige Betreuungssituation, therapeutische Maßnahmen etc.)

--

MEDIZINISCHE ANAMNESE:

Diagnose:

Derzeitige Medikation:

Kurzbeschreibung Sonstiges (Krankheiten, Operationen, Anfälle etc.):

BETREUUNGS- UND PFLEGEBEDARF:

(Mit genauer Beschreibung)

Mobilität (selbständig, mit Hilfe, Rollstuhl):

Nahrungsaufnahme (selbständig, mit Hilfe, Sonde):

Körperpflege (selbständig, mit Hilfe, volle Unterstützung):

In/Kontinenz (Angaben über Häufigkeit und Zeit):

Spezielle Pflegenotwendigkeit (Dekubitus, Lagerungshilfen etc.):

SOZIALANAMNESE UND KULTURTECHNIKEN:

Kommunikation (verbal – nonverbal):

Schlafgewohnheiten:

Neigungen/Vorlieben:

Besondere Fähigkeiten:

Gruppenverhalten:

Konfliktverhalten:

Ort, Datum

Unterschrift

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der Fonds Soziales Wien benötigt für die Planung von Beschäftigungstherapie- und Wohnplätzen eine Übersicht, wie viele Personen sich um einen Platz bewerben. Mit der Einverständniserklärung zur Übermittlung nachstehender Daten an den Fonds Soziales Wien leisten Sie dazu einen wichtigen Beitrag. Herzlichen Dank!

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

Name:.....

Geb. Datum:.....

Unterschrift:.....

Mit der Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Übermittlung oben genannter Daten an den Fonds Soziales Wien einverstanden bin.