



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

**Persönliche Angaben**

Name der Familie:

Name, Vorname der/des  
zu Betreuenden:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. (Mutter):

Tel. (Vater):

Mobil (Mutter):

Mobil (Vater):

Mitglied von Noh Bieneen e.V.

ja

nein

E-Mail:

Art des Handicaps:

Existieren bereits fachärztliche Stellungnahmen samt ICD Ziffern über die Handicaps?

ja

nein

Wenn ja, bitte die aktuellen Bescheide als Kopie beifügen.

Pflegegrad der Pflegekasse:

keine

1

2

3

4

5

Leistungen der Pflegekasse:

Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI

Pflegegeld

Pflegesachleistung

Kombinationsleistung

Verhinderungspflege

Name der Pflegekasse: .....



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

Leistungen des Sozialhilfeträgers:

.....  
.....  
.....  
.....

Gibt es bereits Leistungen des Landschaftsverbands (LVR oder LWL)?

ja       nein

Wenn ja, bitte den aktuellen Bewilligungsbescheid als Kopie beifügen.

**Gesetzliche Betreuung**

Name des gesetzlichen Betreuers:

Adresse:

Tel.:

Mobil:

E-Mail:

Aufgaben- und Wirkungskreis:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge               | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung          |
| <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten      | <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge            |
| <input type="checkbox"/> Anhalten und Öffnen der Post | <input type="checkbox"/> freiheitsentziehende Maßnahmen |



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

**Besonderheiten der/des zu Betreuenden**

Wie erfolgt die Betreuung tagsüber?

Schule     WfbM     Sonstiges: .....

Adresse:

Telefon:

Ansprechpartner(in):

Erfolgt die Beförderung mit einem Fahrdienst?     ja     nein

Ansprechpartner/Telefon:

Rollstuhl vorhanden:     ja     nein

Liegt Anfallsleiden vor:     ja     nein

Allergien:     ja     nein    welche: .....

**Verhaltensweisen:**

	ja	nein	Bemerkungen
Aggressionen gegen Sachen/Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gewalt gegen sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Distanzlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aneignung von fremdem Eigentum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Steckt er/sie sich Gegenstände in den Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schaukeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Akute Verunsicherung bei fremder Umgebung/fremden Personen o.ä. Angst vor/bei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

Interessen und Vorlieben:

Wie können die Betreuer(innen) ggf. Aggressionen und Ängsten entgegenwirken?

Abneigungen gegen:

**Sprache:**

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie seine Bedürfnisse deutlich machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Spricht er/sie in ganzen Sätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können fremde Menschen ihn/sie verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reagiert er/sie aggressiv, wenn er/sie nicht verstanden wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Individuelle Zeichen/Sprache/Mimik/Gestik; evtl. mitgegebene Hilfsmittel:

Sonstige Erläuterungen hierzu:



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

**Entwicklungsstand:**

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie alleine gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie alleine Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie an Wanderungen teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie schwimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich im Verkehr alleine sicher bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darf er/sie sich selbstständig ohne Begleitung eine bestimmte Zeit außerhalb bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muss er/sie nachts umlagert werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hat er/sie Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen bestimmte Schlafgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sonstige Erläuterungen hierzu:

**Ernährung:**

	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie selbstständig essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich das Essen selbstständig nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darf er/sie Kaffee trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darf er/sie Alkohol trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Gibt es Besonderheiten bei der Nahrungsaufnahme, z.B. pürierte Speisen usw.:



**Besondere Wohnform „Noh Bieneen“ e.V.  
- Anamnese -**

Welche Hilfsmittel werden beim Essen benötigt und ggf. mitgegeben?

Bestehen bestimmte Ernährungsgewohnheiten bzw. Abneigungen?

<b>Hygiene:</b>			
	ja	nein	Bemerkungen
Kann er/sie sich selbstständig waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich selbstständig duschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich selbstständig Haare waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich Zähne putzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er sich selbstständig rasieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann sie ihre Monatshygiene selbstständig erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich die Schuhe binden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie die Toilette benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kann er/sie sich nach dem Toilettengang ausreichend säubern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden o. g. Tätigkeiten aus eigenem Antrieb heraus erledigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges Erläuterungen hierzu:			

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des gesetzlichen Vertreters