

Sozialbericht zur Anmeldung für eine Wohnform der Lebenshilfe

Regionalvereinigung Kamenz-Hoyerswerda e.V.

- | | | | |
|--|-----------------------------|---|-------------------------------|
| ... eigene Bedürfnisse zu äußern. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... andere Personen wahrzunehmen und zu verstehen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... selbständig Kontakt zu Angehörigen zu halten. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... Freundschaften/Partnerschaften/Beziehungen zu pflegen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... Zukunftsperspektiven einzuschätzen und zu planen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... die Uhrzeiten zu lesen und Jahreszeiten einzuordnen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in vertrauter Umgebung zu orientieren. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in fremder Umgebung zu orientieren. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... mit Geld umzugehen. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... finanzielle und rechtliche Angelegenheiten zu regeln. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... die Freizeit und Freizeitangebote selbst zu gestalten. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |
| ... sich in bestehende Gruppengänge zu integrieren. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja, mit Hilfe. | <input type="checkbox"/> Nein |

Gesundheitliche Besonderheiten:

Die genannte Person...

... leidet unter Angstzuständen, Unruhe, Anspannung.

Wenn ja, wie oft oder wann?

... leidet unter Antriebsstörungen Interessenlosigkeit.

Wenn ja, wie oft oder wann?

... leidet unter psychischen Verhaltensauffälligkeiten. Ja Nein

Wenn ja, welchen? Wann?

... zeigt selbst-und fremdgefährdendes Verhalten. Ja Nein

Wenn ja, welches? Wann?

... hat bestimmte Therapien einzuhalten. Ja Nein

Wenn ja, welche?

... muss besondere Diäten einhalten. Ja Nein

Wenn ja, welche?

Besondere Hinweise (z.B. zu prägenden Ereignissen, zur Sexualität, zu besonderen Bezugspersonen, zu Verträgen und Versicherungen, Mietzahlungen, Unterhaltszahlungen, Verschuldungen usw.):

.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Aufzunehmender