

<p><u>Kontaktadresse:</u> Kund*innenbetreuung Mag.<sup>a</sup> Angelika Rabl HABIT – Haus der Barmherzigkeit Integrationsteam GmbH 1160 Wien, Seeböckgasse 30a Mo – Fr von 9 – 15 Uhr <b>Telefon</b> 01 40 199-8006 <b>Mobil</b> 0664 885 93 882 <b>Fax</b> 01 40 199-8004 HABIT-Anmeldung@hb.at</p>
--

## Vormerkung

für  
**Familienname:**

**Vorname:**

### Niederösterreich

<p><input type="checkbox"/> <b>WG</b> (Vollbetreutes Wohnen):</p> <p>Frühester Bedarf ab (Datum):</p> <p>Bewilligung <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nicht beantragt</p>
---

<p><input type="checkbox"/> <b>Tagesstruktur:</b></p> <p>Frühester Bedarf ab (Datum):</p> <p>Bewilligung TS <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> nicht beantragt</p>
--

**Dringlichkeit:**

akut  innerhalb eines Jahres  in 1 – 3 Jahren  3 Jahre od. später

Begründung:

### Wien

<p><input type="checkbox"/> <b>Zeitlich befristetes Wohnen</b> gewünschter Zeitraum (Datum) von _____ bis _____</p>
---

**Persönliche Daten**

Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsbürgerschaft:	
SVNr:	Krankenkasse:
Selbstversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mitversichert mit:	
Geburtsdatum:	
SVNr:	
Krankenkasse:	

**Wohnadresse/Schule/Tagesstruktur**

PLZ:	
Ort:	
Straße:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Falls nicht privat, Institution:	
Ansprechperson:	
Tel.:	
Derzeitige Schule bzw. Tagesstruktur:	
Ansprechperson:	
Tel.:	
Derzeitige Betreuungsinstitutionen:	

minderjährig  mündig  gesetzliche Vertretung

**Gesetzliche Vertretung**

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:

**Eltern/Angehörige/Kontaktpersonen (wenn nicht gesetzliche Vertretung)**

Name:	
Adresse:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Beziehung zur Kund*in:	

**Finanzielle Situation**

Pension:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld Stufe:		seit:
Erhöhte Familienbeihilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Fonds Soziales Wien	<input type="checkbox"/> Land NÖ
	<input type="checkbox"/> Andere:	

## Medizinische Anamnese

Diagnosen (inkl. Allergien):

Derzeitige Medikation:

## Betreuungs- und Pflegebedarf

### Bewegung:

Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Fährt alleine mit Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Bewegt sich selbständig am Boden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Steht alleine auf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Dreht sich selbst im Liegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Steht mit Hilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Geht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Stolpert manchmal beim Gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

### Essen/Trinken:

Isst/trinkt alleine	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Essen wird mit Löffel gegeben	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Isst selbständig mit den Fingern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Isst mit Besteck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Benötigt besondere Konsistenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hustet manchmal beim/nach Essen/Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Verschluckt sich manchmal beim Essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Verabreichung über Sonde	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

**Körperpflege:**

Braucht Hilfsmittel beim Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Duscht im Stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hilft bei der Pflege mit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Zieht sich selbständig an/aus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Ist kontinent	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Geht selbständig aufs WC	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Muss dazu aufgefordert werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benötigt Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hat Harnkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

Das kann sie/er selbständig:

**Wahrnehmung:**

Sieht gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Hört gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Spürt gut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

**Kommunikation:**

Spricht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Versteht Symbole	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Lautiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benützt Gebärden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Benützt Kommunikationshilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Versteht verbale Aufforderungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

**Gruppenverhalten:**

Ist gerne in der Gruppe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Beschäftigt sich selbst:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise
Nimmt aktiv Kontakt mit anderen auf:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> teilweise

**Ausdruck/Kann Gefühle ausdrücken:**

**Ablehnung:**  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie:

**Zustimmung:**  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie:

**Ärger:**  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie:

**Freude:**  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie:

**Schmerzen:**  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

**Schlafen:**

Schläft durch  ja  nein  teilweise

Braucht in der Nacht Unterstützung  ja  nein  teilweise

Wenn ja, wie und wie oft:

Zur Erbringung der Betreuungsleistungen durch HABIT ist die Verarbeitung der oben angeführten Daten erforderlich (Art. 9 Abs. 2 Buchstaben h und i DSGVO). Nähere Informationen sind unter <https://hb.at/datenschutz> zu finden.

Ort, Datum

Unterschrift

-----

-----