

# Fragebogen für interessierte Bewerber und Bewerberinnen

## Interesse an:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychosoziales Wohnheim ToHus | <input type="checkbox"/> Wohnhaus Rothenmoor |
| <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft              | <input type="checkbox"/> Ambulante Hilfen    |
| <input type="checkbox"/> Offen                         |  |

## Persönliche Daten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnsitz / Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon u. Handy: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:

(falls ja, Angabe des GdB): \_\_\_\_\_

Gibt es eine gesetzliche Betreuung?  Ja  Nein

Name, Adresse u. Tel. der BetreuerIn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Wirkungskreise:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge (z.B. Kontoführung, Geldanlagen, Grundstücksangelegenheiten, Schuldenregulierung, etc.)              | <input type="checkbox"/> Behördenangelegenheiten (z.B. Antragstellung bei und Korrespondenz mit Behörden wie Sozialamt, Arbeitsamt, Kranken- und Pflegekasse, Rententräger, etc.)     |
| <input type="checkbox"/> Unterbringung (geschlossene Unterbringung, freiheitsentziehende Maßnahmen, etc.)                                    | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung/ Wohnungsangelegenheiten (z.B. Wohnortwechsel, Heimaufnahme, Mietverträge, -kündigungen, Unterbringung, Auflösung des Haushalts, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge (z.B. Veranlassung und Einwilligung in medizinische Behandlung, Operation, Medikamentenvergabe) | Sonstige: _____   |

Besteht für einen der Aufgabenkreise ein Einwilligungsvorbehalt?  Ja  Nein

Falls ja, für welchen? \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Einkommenssituation:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld I         | <input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld II |
| <input type="checkbox"/> Grundsicherung/Sozialhilfe | <input type="checkbox"/> Krankengeld         |
| <input type="checkbox"/> Rente                      | <input type="checkbox"/> Gehalt              |
| <input type="checkbox"/> Vermögen                   | <input type="checkbox"/> Unterhalt           |

Sonstige Einkünfte: \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte:**

Beschreiben Sie bitte kurz Ihre bisherige Krankheitsgeschichte:  
(Krankenhaus, Ärzte, Beratungsstellen, Einrichtungen...)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte kurz Ihren schulischen und beruflichen Werdegang:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Schulbildung: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

**Diagnose:**

Psychiatrische Diagnose/n: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Derzeitige Medikation: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankung/en: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Sind Sie nach Pflegeversicherung eingestuft?       Ja       Nein

Ggf. welche Pflegestufe? \_\_\_\_\_

Besteht eine Abhängigkeit/ Missbrauch in Bezug auf:  
 Alkohol                       Illegale Drogen  
 Medikamente                 Andere Süchte, welche? \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Facharzt/ärztin: \_\_\_\_\_

Adresse und Telefon: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Betreuungswunsch und -bedarf:**

Wie möchten Sie wohnen?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wessen Idee war es, sich bei uns zu bewerben?

---

Wie erleben Sie die Auswirkungen Ihrer Erkrankung?

(z.B. auf die Lebensbereiche Wohnen, Tagesstruktur, berufliche Situation und Gestaltung Ihrer sozialen Beziehungen?)

---

---

---

---

---

Was erwarten Sie von dem Betreuungsangebot?

(Leben in einer Wohngemeinschaft, im Psychosozialen Wohnheim ToHus, im Wohnhaus Rothenmoor, mit ambulanter Hilfe?)

---

---

---

---

---

Was wollen Sie für sich (auch langfristig) erreichen?

---

---

---

---

Welche Unterstützung erhoffen Sie sich?

(z.B. Unterstützung bei Behördengängen, Schuldenregulierung, Umgang mit der Erkrankung, Aufbau sozialer Kontakte...)

---

---

---

---

Welche Hobbys / Freizeitinteressen haben Sie?

---

Was mögen Sie?

---

---

Was können Sie nicht leiden?

---

---

Ihr Wunsch an den oder die zukünftige Bezugsbetreuer/in?

---

---

Zusätzliche Bemerkungen:

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift