



Bogen zur Einschätzung des Hilfebedarfs

(vom zuweisenden Dienst, Arzt oder Betreuer auszufüllen)

Hilfen für psychisch Kranke e.V.

VIADUKT

Sozialdaten

ausgefüllt von:

Name Vorname

Name

Straße

Adresse

Postleitzahl Wohnort

Funktion

Telefon

Gibt es einen gesetzlichen Betreuer?

Geboren am Geburtsort

Nein

Ja, Kontaktdaten:

Name, Vorname

Letzte Diagnosen:

Straße Telefon

PLZ Wohnort

In welchen Lebensbereichen braucht Sie / Er Unterstützung und Betreuung?

Auftretende Symptome (z.B. Suizidalität, Fremdgefährdung, Selbstverletzung, Sucht etc.)	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Körperhygiene	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Selbstversorgung (Einkaufen, Kochen)	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Haushalt (Putzen, Waschen, Spülen)	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Mobilität / Orientierung (zeitlich, örtlich)	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Umgang mit Erkrankung	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Geldangelegenheiten	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Kontakt mit Ämtern und Einrichtungen / Ärzten	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Arbeit	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Freizeit	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Umgang mit anderen Menschen	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Einnahme von Medikamenten	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel
Gestaltung des Tagesablaufs	wenig	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	viel