

Diesen Fragebogen bitte an folgende Adresse zurücksenden:

Bogen zur Leistungsanfrage

Telefon 0800 1681014

0800 9453002

angebotsberatung-hph@lvr.de

LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen

z.Hd. Angebotsberatung

Hammfelddamm 6

41460 Neuss

Anfrage durch:	
Name, Vorname:	
Funktion:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

01 Es werden Leistungen angefragt für:	
Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Anschrift:	Geb.-Name:
ggf. Einrichtung:	Geburtsort:
	Geschlecht:
	Konfession:
	Nationalität:
Derzeitige Lebensform <i>(bitte ankreuzen)</i> :	
<input type="checkbox"/> Elternhaus <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> ambulante Assistenz <input type="checkbox"/> besondere Wohnform <input type="checkbox"/> MRV <input type="checkbox"/> andere:	
Krankenversichert bei:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> beantragt und zwar <i>(PG 0-5)</i> :	
Aktuelle Einstufung durch Leistungsträger (z.B. LVR /LWL; wenn bereits vorhanden bzw. bekannt):	
LT / HBG; FLS; ALS:	Leistungsträger:
AZ/GP-Nr.:	weitere bewilligte Leistungen:

02 Vertretung	
Ist eine rechtliche Vertretung eingerichtet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <i>(bitte Urkunde beifügen)</i>
Name, Vorname:	
Beziehung:	
Anschrift:	
Telefon:	mobil:
Fax:	E-Mail:

03 Diagnosen / Gesundheit				
Grad der Intelligenzminderung (bitte ankreuzen)				
Leicht (F70.x) <input type="checkbox"/>	Mittel (F71.x) <input type="checkbox"/>	Schwer (F72.x) <input type="checkbox"/>	Schwerst (F73.x) <input type="checkbox"/>	schwerst-mehrfach <input type="checkbox"/>
Diagnoseschlüssel ICD-10:				
Weitere Diagnosen:				
ICD-10 Schlüssel	Klartext			
Allergien/ Unverträglichkeiten				
Es bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein				
Falls ja, welche?				
Sonstiges				
Bestehen weitere Erkrankungen? Was ist wichtig, über den Gesundheitszustand zu wissen?				

04 Unterstützungsbedarf auf Grund von:				
Körperliche Einschränkungen: (bitte ankreuzen)				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung	<input type="checkbox"/> Hörbehinderung	<input type="checkbox"/> Parese / Plegie
	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Blindheit	<input type="checkbox"/> Gehörlosigkeit	
Sonstiges / Beschreibung:				
Mobilität:				
Laufen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Nein				
Treppen steigen <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Nein				
Rollstuhl <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> eigenständig mobil <input type="checkbox"/> mit Unterstützung				
Gehhilfen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Art:				
Kommunikation:				
<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Non-verbal	<input type="checkbox"/> Mit Hilfsmittel (Talker, Bilder etc.)		
<input type="checkbox"/> Verbal mit Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Gebärden	Art:		
Sonstiges / Hinweis:				

Psychische Einschränkungen: <i>(bitte ankreuzen)</i>				
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> FASD	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Demenz
	<input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Sucht	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen
Sonstiges:				

Pflegebedarf:
Hilfsmittel notwendig: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Art:
Bitte beschreiben Sie die notwendige pflegerische Unterstützung:

Herausforderndes Verhalten:	
	Beschreibung <i>(wie äußert sich das Verhalten, wie oft tritt es auf?)</i> :
<input type="checkbox"/> autoaggressiv	
<input type="checkbox"/> sachaggressiv	
<input type="checkbox"/> fremdaggressiv	
<input type="checkbox"/> verbal herausfordernd	
<input type="checkbox"/> sonstiges	

05	Sonstiges:
Derzeitige Beschäftigung:	
<input type="checkbox"/> WfbM	<input type="checkbox"/> Schule
<input type="checkbox"/> Tagestruktur	<input type="checkbox"/> erster Arbeitsmarkt
<input type="checkbox"/> ohne Beschäftigung	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
Kontakt derzeitige Beschäftigung:	
Name Einrichtung:	
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Ansprechperson:	Funktion:
Telefon	Email:
<input type="checkbox"/> Beschäftigung sollte erhalten bleiben <input type="checkbox"/> Wechsel möglich	

Nutzung technischer Geräte/ Hilfsmittel:
Folgende technische Geräte und/oder technische Hilfsmittel werden genutzt:
Folgendes ist zu beachten (<i>bei der Bedienung, Voraussetzungen zur Nutzung etc.</i>):
Sonstige Hinweise und Bemerkungen:
Folgendes ist noch wichtig / zu beachten (<i>besondere Gewohnheiten, Vorlieben etc.</i>):

06 Gewünschte Leistungen:			
Assistenzform:			
<input type="checkbox"/> besondere Wohnform <i>(betreute Wohngemeinschaft, WbW)</i>	<input type="checkbox"/> Kurzzeitwohnen	<input type="checkbox"/> Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/> Tagestruktur <i>(Beschäftigungsangebot 2-3 Tage pro Woche)</i>
<input type="checkbox"/> ambulante Assistenz:			
<input type="checkbox"/> in der eigenen Wohnung <input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> einem Appartementshaus <input type="checkbox"/> sonstiges:			
Nächtlicher Unterstützungsbedarf:			
<input type="checkbox"/> Keine nächtliche Unterstützung <i>(niemand anwesend o. erreichbar)</i>	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft <i>(telefonische Erreichbarkeit)</i>	<input type="checkbox"/> Schlafbereitschaft <i>(im Haus)</i>	<input type="checkbox"/> Nachtwache <i>(aktive Unterstützung während der Nacht)</i>
Unterstützungsbedarf am Tag:			
<input type="checkbox"/> keiner <i>(Alltag wird alleine bewältigt)</i>	<input type="checkbox"/> zeitweise Ansprechperson notwendig <i>(z.B. nach der WfbM, betreuungsfreie Zeiten möglich)</i>	<input type="checkbox"/> Durchgehende Ansprechperson notwendig <i>(Anwesenheit, Ansprache)</i>	<input type="checkbox"/> durchgehende Assistenz notwendig <i>(unterstützende Handlungen)</i>
Freiheitsentziehende Maßnahmen:			
Unterbringungsbeschluss nach §1906 Abs. 1 BGB (geschlossene/ geschützte Unterbringung):			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Notwendig	
Beschreibung (<i>Grund/ gefährdendes Verhalten, Einschätzung zur notwendigen Sicherung</i>):			
Beschluss für weitere freiheitsentziehende Maßnahmen §1906 Abs. 4 BGB (Fixierung, Bettgitter, Absonderung etc.):			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Notwendig	
Art der Maßnahmen:			
Grund der freiheitsentziehenden Maßnahmen:			

Gewünschter Ort der Leistungen (s. Übersichtskarte S. 5, bitte ankreuzen):

Alle Regionen

Kreis Kleve

Kranenburg, Kleve, Bedburg-Hau, Kalkar, Goch, Uedem, Rees, Emmerich, Geldern, Issum, Kevelaer, Kerken, Wachtendonk

Solingen

Kreis Wesel

Wesel, Xanten, Sonsbeck, Alpen, Voerde, Kamp-Lintfort, Moers

Leverkusen

Duisburg

Rheinisch-Bergischer-Kreis

Leichlingen, Burscheid, Wermelskirchen, Kürten

Krefeld

Rhein-Erft-Kreis

Erfstadt, Bedburg

Kreis Viersen

Nettetal, Niederkrüchten, Schwalmthal, Tönisvorst, Viersen

Städte-Region Aachen

Eschweiler

Kreis Heinsberg

Wegberg, Erkelenz

Kreis Düren

Jülich, Aldenhoven, Langerwehe, Düren, Nörvenich, Vettweiß

Rhein-Kreis-Neuss

Bewo Neuss

Kreis Euskirchen

Euskirchen, Zülpich

Düsseldorf

Bonn

Kreis Mettmann

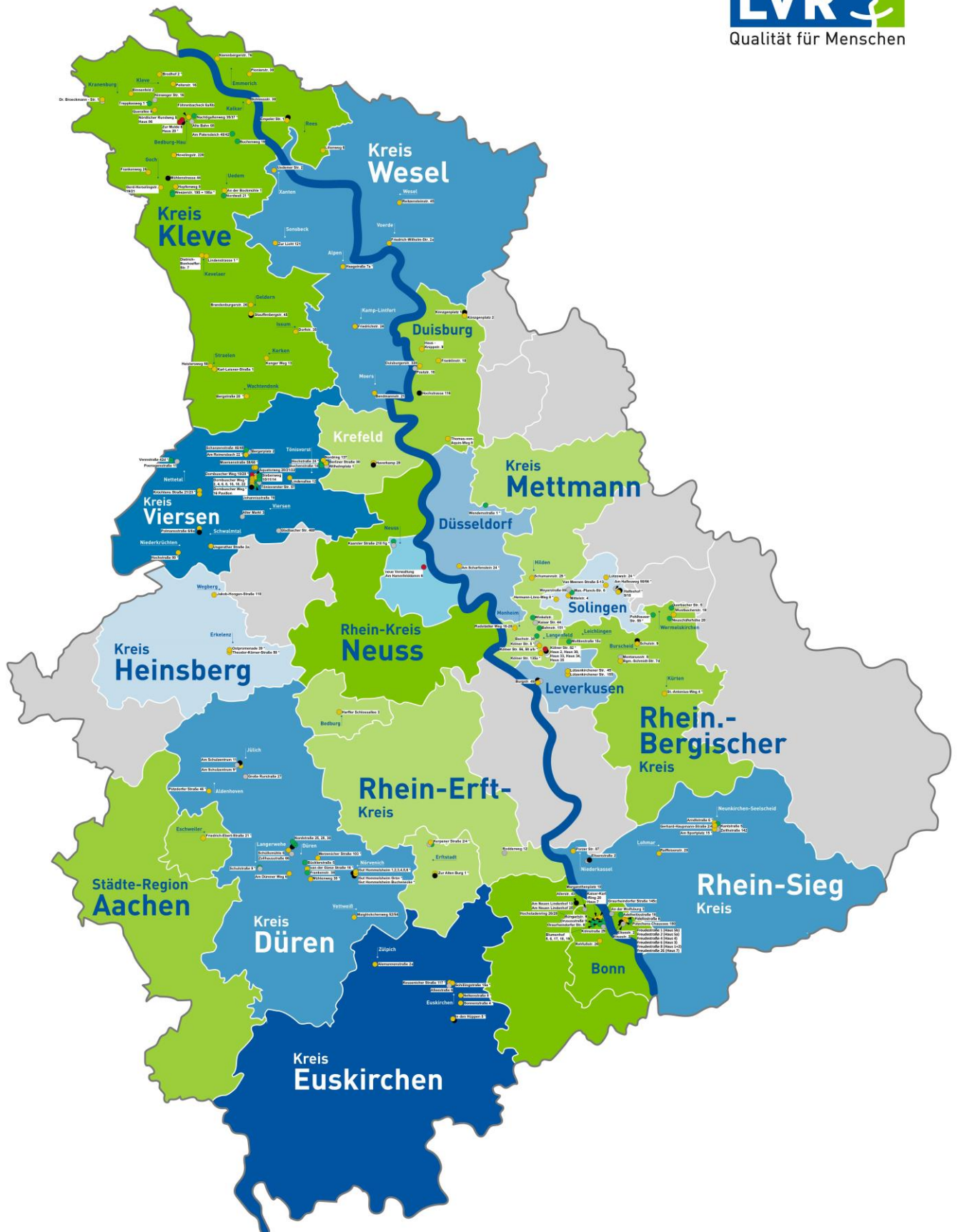
Rhein-Sieg-Kreis

Lohmar, Neunkirchen-Seelscheid, Niederkassel

Hinweis:

Die genauen Standorte der Häuser und unserer Bewo-Büros mit den entsprechenden regionalen Ansprechpartner*innen entnehmen Sie bitte unserer Internetseite hph.lvr.de unter „[unsere Angebote](#)“

Falls Sie sich für einen bestimmten Wohnbereich interessieren, geben Sie dies bitte hier an:



07 Abschließend:**Benötigte Unterlagen:**

Folgende Unterlagen werden zwingend benötigt (*die Bearbeitung der Anfrage ist nur dann möglich*):

- **Bestellungsurkunde**
(*falls eine rechtliche Vertretung eingerichtet ist*)
- **Fachärztliche Stellungnahme / fachärztliches Schreiben über die vorliegenden Diagnosen**
(*vorzugsweise mit ICD-Code und Beschreibung der Teilhabebeeinträchtigungen*)
- **Beschluss über geschlossene Unterbringung oder freiheitsentziehende Maßnahmen**
(*falls gerichtlich angeordnet, mit fachärztlichem Gutachten*)
- **Bescheid Eingliederungshilfe**
(*wenn bereits beantragt*)
- **Bescheid Pflegegrad**
(*wenn beantragt und erteilt*)

Folgende Unterlagen sind bei einer Anfrage hilfreich:

- BEI_NRW (*ggf. Hilfeplan*)
- Ärztliche Berichte / Gutachten
- Pädagogische Berichte (*z.B. WfbM, Jugendhilfe, Zeugnis etc.*)
- Pflegeüberleitungen
- Bericht des Medizinischen Dienstes
- o.ä.

Hinweis:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen zum Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses. Die angegebenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich für die Bearbeitung der Wohnplatzanfrage genutzt.

Die / der Leistungsanfragende hat das Recht auf Einsichtnahme in die geführten Akten und sonstigen Unterlagen. Ein Recht auf Herausgabe dieser Aufzeichnungen hat die/der Leistungsanfragende nicht, da diese im Eigentum der Einrichtung stehen.

Wir bitten um Ihre Einwilligung zur Verarbeitung der Daten. Die Einwilligung ist völlig freiwillig und jederzeit widerruflich mit Wirkung für die Zukunft (die Datenverarbeitung vor dem Widerruf bleibt rechtmäßig).

Bei Nichterteilung oder Widerruf der Einwilligung ist eine Berücksichtigung bei der Wohnplatzvergabe nicht möglich.

Erklärung zum Datenschutz:

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die zur Leistungsanfrage erfassten Daten im Rahmen der in § 4 SGB IX genannten Zwecke genutzt und verarbeitet werden.

Ort, Datum

_____
Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in
bzw. rechtliche*r Betreuer*in

Schweigepflichtsentbindung vor Leistungserbringung:

Ich entbinde den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen und die dortigen Mitarbeitenden von der Schweigepflicht gegenüber eventuellen Leistungsträger, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsanfrage erforderlich ist.

Außerdem entbinde ich meine behandelnden Ärzt*innen gegenüber den Mitarbeitenden des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Betreuung erforderliche Informationen handelt.

Ich bin damit einverstanden, dass, soweit dies für deren Tätigkeit erforderlich ist, personenbezogene Daten an

- Arbeitgeber*
- Ärzt*innen*
- Therapeut*innen*
- Eltern*
- den medizinischen Dienst (MD)*
- _____

weitergegeben werden.

*** unbedingt ankreuzen.**

Ort, Datum

X

Unterschrift Kund*in oder bevollmächtigte*r Vertreter*in
bzw. rechtliche*r Betreuer*in

Bitte füllen Sie den Bogen, soweit möglich, vollständig aus, er dient als Grundlage um ein passendes Angebot zu finden.

Alle Unterlagen können Sie gerne per Mail an Angebotsberatung-hph@lvr.de zusenden.

Die regionalen Ansprechpartner*innen finden Sie auf unserer Internetseite hph.lvr.de unter „[unsere Angebote](#)“.

Vielen Dank!