

Diesen Fragebogen bitte an folgende Adresse zurücksenden:

Bogen zur Leistungsanfrage**LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen**

z.Hd. Angebotsberatung

Hammfelddamm 6

41460 Neuss

Telefon 0800 028 2181

oder 0800 168 1014

angebotsberatung-hph@lvr.de

Anfrage durch:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

01 Es werden Leistungen angefragt für:

Name, Vorname:

Anschrift:

ggf. Einrichtung:

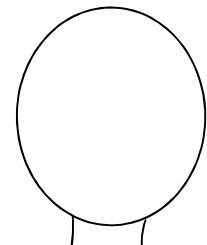
Geb.-Datum:

Geb.-Name:

Geschlecht:

Konfession:

Nationalität:

Hier haben Sie die
Möglichkeit, ein
Foto einzufügen

Derzeitige Lebensform (bitte ankreuzen):

 Elternhaus Eigene Wohnung Betreute Wohngemeinschaft andere, und zwar**Krankenversichert bei:**Pflegegrad: ja, - und zwar: nein unbekannt**Aktuelle Einstufung durch Kostenträger** (wenn bereits vorhanden bzw. bekannt):

LT / HBG bzw. FLS:

Kostenträger:

02 Betreuung

Ist eine gesetzliche Betreuung eingerichtet?

 nein ja*1

Ist eine geschlossene Unterbringung gerichtlich angeordnet?

 nein ja*2, oder

Ist eine geschlossene Unterbringung erforderlich?

 nein ja**Name, Vorname der Betreuerin:**

Anschrift:

Telefon:

mobil:

Fax:

E-Mail:

→*1 falls eine Betreuung eingerichtet ist, fügen Sie bitte eine Kopie der Bestellsurkunde bei

→*2 bei einer angeordneten Unterbringung: Bitte fügen Sie die Kopie der gerichtliche Genehmigung und das Sachverständigengutachten hinzu

03 Merkmale / Unterstützungsbedarf				
Geistige Behinderung *3 (bitte ankreuzen)				
leicht <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>		schwer <input type="checkbox"/>	
Betreuungsbedarf nachts (bitte ankreuzen)				
Benötigt nachts keine Betreuung <input type="checkbox"/>	Schlafbereitschaft <input type="checkbox"/>		Aktiver Nachtdienst <input type="checkbox"/>	
Pflegebedarf (bitte ankreuzen)				
Hilfe beim Waschen und Ankleiden <input type="checkbox"/>	Hilfe bei der Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/>		Inkontinenzversorgung <input type="checkbox"/>	
Sonstige:				
Körperliche Behinderung / wesentliche Einschränkungen *4 (bitte ankreuzen)				
nein <input type="checkbox"/>	Gehbehinderung <input type="checkbox"/>	Hörbehinderung <input type="checkbox"/>	Sehbehinderung <input type="checkbox"/>	Sondenernährung <input type="checkbox"/>
	Immobilität <input type="checkbox"/>	Gehörlosigkeit <input type="checkbox"/>	Blindheit <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>
Sonstige:				
Psychische Behinderung *3*4 (bitte ankreuzen)				
nein <input type="checkbox"/>	Zwangshandlungen <input type="checkbox"/>	Demenz <input type="checkbox"/>	Psychose <input type="checkbox"/>	FASD <input type="checkbox"/>
	Autismus / Asperger <input type="checkbox"/>	Sucht <input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/>
Beschreibung:				
Herausforderndes Verhalten (bitte ankreuzen)				
nein <input type="checkbox"/>	Sachbeschädigung <input type="checkbox"/>	Autoaggression <input type="checkbox"/>	Fremdaggression <input type="checkbox"/>	MRV <input type="checkbox"/>
Sonstige <input type="checkbox"/>	Beschreibung:			
Fragen zur Gesundheit				
Bestehen weitere Erkrankungen? *4 (z.B. Epilepsie, Diabetes, Allergien, Herz/Kreislauf-, Nieren-, Leber-, Magen- Infektionskrankungen)				
Weitere Anmerkungen zum Unterstützungsbedarf				
Beschreibung:				

04 Arbeitserfahrung und Arbeitssituation	
Derzeitige Beschäftigung:	
Anschrift Arbeitgeber (Kontaktaufnahme unsererseits nur in Verbindung mit der Entbindung von der Schweigepflicht)	

→*3 Bitte fügen Sie die fachärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer geistigen Behinderung oder einer Autismus-Diagnose hinzu!

→*4 Falls vorhanden: Bitte weitere ärztliche Dokumente hinzufügen

05 Gewünschte Leistung / Betreuungsform

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> Tagesstruktur | <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege |
| <input type="checkbox"/> Amb. betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Ambulante Pflege | <input type="checkbox"/> unsicher |

06 Regionale Zuordnung

Die Anfrage richtet sich an alle Regionen des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen

Bitte markieren Sie, für welche Regionen Sie sich interessieren.

- Kreis Kleve
- Kreis Wesel
- Stadt Duisburg

- Kreis Viersen
- Stadt Krefeld
- Kreis Heinsberg
- Rhein-Kreis Neuss
- Rhein-Erft-Kreis
- Städteregion Aachen
- Kreis Düren
- Kreis Euskirchen

- Kreis Mettmann
- Stadt Düsseldorf
- Stadt Solingen
- Stadt Leverkusen
- Rheinisch Bergischer Kreis
- Rhein Sieg Kreis
- Stadt Bonn



Falls Sie sich gezielt für einen bestimmten Wohnbereich interessieren, dann teilen Sie uns dies gerne mit:

07**Abschließend würden wir gerne wissen, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind****Vielen Dank!****Folgende Unterlagen sind für diese Anfrage notwendig:**

- Betreuungsurkunde, falls eine Betreuung eingerichtet ist (*1)
- fachärztliche Bescheinigung über das Vorliegen einer geistigen Behinderung (*3)
-
- IHP sowie Kostenzusage, falls vorhanden
- ärztliche Berichte oder Gutachten, falls vorhanden (*4)
- gerichtliche Unterbringungsgenehmigung, falls angeordnet (mit Sachverständigengutachten) (*2)
- Sonstige, und zwar:

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.

E r k l ä r u n g zum Datenschutz und zur ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die zur Leistungsanfrage erfassten Daten im Rahmen der in § 104 SGB XI genannten Zwecke genutzt und verarbeitet werden.

**Ohne Ihr Einverständnis ist eine Bearbeitung
Ihrer Anfrage NICHT möglich!**

Ferner entbinde ich den LVR-Verbund Heilpädagogischer Hilfen und die dortigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter von der Schweigepflicht gegenüber eventuellen Kostenträgern, soweit dies zur Bearbeitung der Leistungsanfrage erforderlich ist.

Außerdem entbinde ich meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt gegenüber den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des LVR-Verbundes Heilpädagogischer Hilfen von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht, soweit es sich um für meine Pflege erforderliche Informationen handelt.

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

- die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)*
- den Arzt / die Ärztin / den Facharzt / die Fachärztin*
- Therapeuten*
- Eltern*
- die Hilfeplankonferenz (HPK)*
- den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)*
- _____

weitergegeben werden.

*** falls nicht gewünscht, bitte streichen.**

Ort, Datum

Unterschrift Kundin/Kunde oder bevollmächtigte/r Vertretin/Vertreter bzw. rechtliche/r Betreuerin/Betreuer