

# **Fragebogen**

## **bei Interesse oder Aufnahmewunsch in Wohn- oder Betreuungsangebote der Diakonie Stetten e.V.**

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Wir freuen uns, dass Sie sich für die Wohnangebote der Diakonie Stetten interessieren.

Um Ihnen ein möglichst passgenaues Angebot für Ihren Unterstützungsbedarf vorstellen zu können, bitte wir Sie den beiliegenden Fragebogen sorgfältig auszufüllen und das beigefügte ärztliche Zeugnis von Ihrem Arzt ausfüllen zu lassen, sofern Ihnen keine anderen aktuell gültigen ärztlichen Unterlagen aus den letzten 2 Jahren vorliegen.

*Die im Fragebogen mit \* gekennzeichneten Fragen sind nicht zwingend zu beantworten. Ihre Beantwortung dient jedoch dem Wohl des anfragenden Menschen und der Beurteilung der Anfrage bzw. nach einer Aufnahme auch seiner Betreuung.*

**Sollten Ihnen psychologische und medizinische Unterlagen, sowie Berichte und pädagogische Unterlagen zur Verfügung stehen, ist es hilfreich, diese beizufügen.** (z.B. Hilfe- und Gesamtpläne, Bedarfserfassungen, Schulberichte, Schulfeststellungsbescheid, Werkstattberichte usw.)

Je umfassender wir uns aufgrund der uns zur Verfügung stehenden Unterlagen einen Eindruck zum Unterstützungsbedarf verschaffen können, umso schneller können wir Ihre Anfrage weiter bearbeiten. Selbstverständlich werden wir Ihre Angaben vertraulich behandeln.

Mit Ihrer Rückmeldung können wir an unseren verschiedenen Standorten angemessen prüfen und einschätzen, welche Wohnangebote konkret für Sie in Frage kommen könnten.

Wir prüfen jede Anfrage sehr intensiv. Ein Rückschluss auf einen freien Platz kann hieraus jedoch nicht gezogen werden.

In der Regel bieten wir einen unverbindlichen Termin an, der dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Informationsaustausch dient.

Sie erhalten in jedem Fall zu gegebener Zeit von uns Nachricht.

**Bitte senden Sie die Unterlagen an unser Sekretariat:**

Diakonie Stetten  
Interdisziplinärer Fachdienst FABIAN  
z.Hd. Frau Müller  
Schlossberg 2  
71394 Kernen

Ihr Ansprechpartner wird sich dann umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

Name des Anfragenden	Passfoto
Vorname	
Geburtsdatum:  Geburtsort:	
* Familienstand:  * Ehe- / Lebenspartner (Name / Anschrift / Kontakt):	Staatsangehörigkeit:  Konfession:
Zur Zeit wohnhaft (genaue Anschrift mit Kontaktdaten)	

(* nur bei Minderjährigen zwingend) Name und Vorname des Vaters	(* nur bei Minderjährigen zwingend) Name und Vorname der Mutter
Postleitzahl, Wohnort	Postleitzahl, Wohnort
Straße, Hausnummer  Telefon:  Email:  Fax:  Mail	Straße, Hausnummer  Telefon:  Email:  Fax:  Mail

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

<p><b>Name und Anschrift/Kontakt Daten des rechtlichen Vertreters:</b> (ggf. bitte Nachweis beifügen) Bei <b>Minderjährigen:</b> <input type="radio"/> Sorgeberechtigte, <input type="radio"/> Amtspfleger, <input type="radio"/> Vormund</p> <p>Bei <b>Volljährigen:</b> <input type="radio"/> rechtlicher Betreuer <input type="radio"/> Bevollmächtigter</p>
<p>Wirkungskreise bei rechtlicher Betreuung</p> <p><input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Vermögenssorge <input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge</p> <p><input type="radio"/> Abschluss von Heim- und Versorgungsverträgen</p> <p><input type="radio"/> Öffnen und Bearbeiten von Behördenpost</p> <p><input type="radio"/> Sonstige: _____</p>
<p>Bestellt durch das Betreuungsgericht (Notariat/ Amtsgericht):</p> <p>Aktenzeichen:</p> <p>am:</p>

<b>* Name und Geburtsjahr der Kinder des Anfragenden</b>		
1	2	3

<b>* Name und Geburtsjahr der Geschwister des Anfragenden</b>		
1	2	3
4	5	6

<b>* Weitere wichtige Ansprechpartner (Adresse und Beziehung zum Anfragenden)</b>	
1	
2	

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

**Grundangaben**

- Einschränkung der geistigen Fähigkeiten (*Geistige Behinderung*)
- Beeinträchtigung der psychischen / seelischen Gesundheit (*Psychische Behinderung*)
- Einschränkung der körperlichen Funktion (*Körperbehinderung*)
  - aktiver Rollstuhlfahrer
  - passiver Rollstuhlfahrer

Ärztliche Diagnosen (ggf. nach ICD-10)

---

---

---

---

**Allgemeine Angaben**

Derzeitige Wohnsituation:

Herkunftsfamilie

alleine       eigene Wohnung       Wohngemeinschaft

Einrichtung

Name und Adresse: \_\_\_\_\_

---

Sonstiges \_\_\_\_\_

\* Bisherige Aufenthalte in Heimen und psychiatrischen Kliniken:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

(\* nur bei Minderjährigen zwingend)

**Bisherige vorschulische und schulische Förderung** (Frühförderung, Kindergarten, Sonderschule...)

Wo: \_\_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_

Von-bis: \_\_\_\_\_

**\* Bisheriger beruflicher Werdegang:** (Werkstatt für Menschen mit Behinderung/ berufliche Maßnahmen, tagesstrukturierende Angebote etc.)

---

---

---

---

\* Welche Tätigkeit wird bevorzugt:

---

---

---

---

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

**Bis wann wünschen Sie einen Einzug?** \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund soll die Heimaufnahme erfolgen?

---

---

---

### **Finanzierung**

Zuständiger Leistungsträger  
Eingliederungshilfe/Sozialamt: \_\_\_\_\_

\* Ansprechperson:

---

Besteht eine **Hilfebedarfsgruppe**:  keine

Wenn ja:  HBG 1  HBG 2  HBG 3  HBG 4  HBG 5

oder  ABW-Pflegesatz: \_\_\_\_\_

Wohntraining: \_\_\_\_\_

BWF-Pflegesatz: \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

### **Leistungsansprüche nach Pflegeversicherungsgesetz:**

**Pflegegrad:**  I  II  III  IV  V  Erstattungsbetrag

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

Adresse der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Versichertenstatus:  Mitglied  familienversichert über \_\_\_\_\_  
 freiwillig versichert

**Beantwortung der mit \*gekennzeichneten Fragen ist nicht zwingend aber sinnvoll**

**Angaben zur Schwerbehinderung:**

Schwerbehindertenausweis liegt vor:  ja  nein

Ausgestellt durch: \_\_\_\_\_

Merkzeichen:  G  aG  H  B  Gl  RF  B

Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

**Versicherungen:**

Besteht eine eigene Haftpflichtversicherung:  ja  nein

Hausratversicherung:  ja  nein

Sonstige Versicherungen: \_\_\_\_\_

Sonstige ergänzende Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

Auf die diesem Fragebogen beigefügten datenschutzrechtlichen Informationen und die entsprechende notwendige Einwilligungserklärung wird hingewiesen.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie dies zur Kenntnis genommen haben.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Anfrager / rechtliche Vertretungsperson

## **Datenschutzrechtliche Informationen und Einwilligungserklärung gemäß §§ 6, 11, 13 und 17 DSGVO- EKD zur Verarbeitung der Daten im beigefügten Fragebogen bei Interesse oder Aufnahmewunsch in Wohn- oder Betreuungsangebote der Diakonie Stetten e.V.**

Die folgenden Datenschutzhinweise gelten für die Datenverarbeitung durch:  
Diakonie Stetten e.V., Schlossberg 2, 71386 Kernen-Stetten,  
vertreten durch den Vorstand, Herrn Pfarrer Rainer Hinzen und Herrn Dietmar  
Prexl.

<https://www.diakonie-stetten.de> Email: [information@diakonie-stetten.de](mailto:information@diakonie-stetten.de)  
Telefon: +49 (0)7151 / 940-0, Fax: +49 (0)7151 / 940-2200

Zur Bearbeitung Ihrer Anfrage über unsere Wohn- und Betreuungsangebote  
sowie zur Erfüllung aller vorvertraglichen und vertraglichen Pflichten, ggf. auch  
für den Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages benötigen wir die  
Informationen und Daten, die im beigefügten Fragebogen aufgeführt werden,  
der auch Gegenstand dieser Information und Erklärung ist. Ihre darin  
gemachten Angaben werden gemäß § 6 Nr. 5 DSGVO-EKD von uns verarbeitet.

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der Aufnahmeanfrage  
ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet und  
gespeichert. Für den Fall der Unterzeichnung des Vertrags werden Ihre Daten  
dann bei uns in der Klient\*innenakte gespeichert und dienen ausschließlich  
der Erfüllung aller Maßnahmen, die sich aus dem Wohn- und  
Betreuungsvertrag nebst Anlagen ergeben.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet im Rahmen Ihrer Anfrage über  
unsere Wohn- und Betreuungsangebote nicht statt, es sei denn, dass Sie  
hierin gesondert einwilligen. Bei Abschluss eines Wohn- und  
Betreuungsvertrages werden die Daten nur weiterverarbeitet und ggf.  
weitergegeben, soweit dies nach Maßgabe des Vertrags und seiner Anlagen  
jeweils zur Erfüllung der vertraglichen Aufgaben im Einzelfall erforderlich ist.

Die Daten werden unter Beachtung etwaiger gesetzlicher Vorschriften  
gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich  
sind bzw. Sie der weiteren Nutzung widersprechen, die Löschung verlangen  
oder Ihre nachstehende Einwilligungserklärung widerrufen.

Die allgemeine Datenschutzerklärung der Diakonie Stetten e.V. finden Sie  
hier: <https://www.diakonie-stetten.de/datenschutz>.

Sie haben das Recht, der Verwendung der Daten jederzeit zu widersprechen, wobei hierbei die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend beseitigt wird. Sie sind weiter berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie bzw. über die von Ihnen rechtlich vertretene Person gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Sie haben das Recht die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

**Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:**

Wenn Sie ein Recht ausüben möchten, dann nehmen Sie Kontakt mit unserer örtlich Beauftragten für den Datenschutz auf:

DataCo GmbH

Dachauer Straße 65

80335 München

Telefon +49 89 7400 45840

E-Mail: [info@dataguard.de](mailto:info@dataguard.de)

[www.dataguard.de](http://www.dataguard.de)

BfD EKD

Außenstelle Ulm; Hirschstraße 4; 89073 Ulm;

Tel.: 0731 140593-0; Fax: 0731 140539-20;

[sued@datenschutz.ekd.de](mailto:sued@datenschutz.ekd.de)

Da auch besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß § 4 Nr. 2. DSGVO-EKD verarbeitet werden (hier insbesondere Gesundheitsdaten), bitten wir Sie auch insoweit in die Verarbeitung Ihrer Daten einzuwilligen.

Die Unterzeichnung dieser Erklärung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Bearbeitung Ihrer Anfrage ausschließen und / oder den Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages unmöglich machen.

### **Einwilligungserklärung**

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Diakonie Stetten e.V. im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und ggf. in der Folge bei Erfüllung des Wohn- und Betreuungsvertrages zur Kenntnis genommen und willige in das beschriebene Verfahren ein, insbesondere auch im Blick auf besonderen Kategorien von Daten.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen und bin mir über die diesbezüglichen Folgen bewusst.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interessent\*in, rechtliche Vertretungsperson

## Ärztliches Zeugnis für das Aufnahmegesuch von \_\_\_\_\_,

geb. am \_\_\_\_\_

### Familienvorgeschichte

Familienverhältnisse:

Geschwister:

(Geburtsjahr, evtl. Besonderheiten)

gehäuft in der Familie auftretende/aufgetretene Erkrankungen:

(intern., neurologische oder psychiatrische Erkrankungen)

### Vorgeschichte des Patienten

Schwangerschafts- und Geburtsverlauf:

(Geburtsgewicht, Apgar-Werte, Komplikationen)

frühere Krankheiten:

(Meningitis, Epilepsie, Kinderkrankheiten, Operationen u.A.)

Humangenetische Untersuchungen:

Risikofaktoren bzw. Anfälligkeiten für bestimmte Krankheiten:

frühere Klinik- oder Heimaufenthalte:

Verhaltensauffälligkeiten:

(Aspekte psychischer Erkrankungen)

### Bei Epilepsiekranken

Diagnose der Epilepsie:

Beginn:

Art der Anfälle:

Häufigkeit, Tageszeiten der Anfälle:

psychische Veränderungen/Auffälligkeiten:

jetzige Medikation:

(evtl. Aufstellung der bisher angewendeten Medikamente, möglichst mit Angabe der Dosis)

## **Körperlicher Befund**

Allgemeinzustand:

(Größe, Gewicht, Ernährungszustand, Dysplasien, Degenerationszeichen)

Innere Organe:

Hirnnerven:

Störungen der Willkürmotorik:

(Reflexe, Tonus, grobe Kraft, Mobilität, Lähmungen)

Störungen der extrapyramidalen Motorik:

(z.B.: Athetose, Chorea, Parkinson-Syndrom, Ataxie)

Steh- und Gehfähigkeit:

Sprachstörungen:

## **Psychischer Befund:**

(Bewusstsein, Orientierung)

Zuwendung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit:

Antrieb, Stimmungslage (Suizidgefahr)

Wahnideen, Halluzinationen:

Soziales Verhalten:

Intelligenz, evtl. mit Angabe des Entwicklungs- und Intelligenzquotienten:

(Deбилität, Imbezillität, Idiotie, Demenz)

Geistige und motorische Leistungsfähigkeit:

(Lesen, Rechnen, Schreiben, Selbsthilfe)

Bildungsfähigkeit:

(schulisch, praktisch)

Besondere Anforderungen an die Pflege:

(Nahrungsaufnahme, Inkontinenz, Dekubitus o.Ä.)

## **Diagnose**

möglichst mit Angaben über Entstehung und wesentliche Symptome des Krankheitsbildes

Ort, Datum      Unterschrift und Stempel des Arztes