

Eingliederungshilfebedarf in der individuellen Lebensgestaltung - Personenkreis der suchtkranken/psychisch behinderten Menschen -

I. Hilfebedarf im Bereich der lebenspraktischen Fertigkeiten

	Nein	Ja	Anleitung	Assistenz	Übernahme	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• finanzielle und behördliche Angelegenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

II. Hilfebedarf im Bereich der sozialen und kommunikativen Fähigkeiten

	Nein	Ja	Anleitung	Assistenz	Übernahme	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Freizeitorganisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Beziehungsgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Kulturtechniken (lesen, schreiben, rechnen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Sprachliche Verständigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

III. Besonderer Hilfebedarf

	Nein	Ja	gering	hoch	sehr hoch	Betreuungsaufwand in Std./Woche
• Orientierungsfähigkeit (zeitlich, räumlich – in vertrauter/ nicht vertrauter Umgebung-, zur Person)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Störungen im Umgang mit sich selbst (Selbstwertgefühl, Körpererleben, Zwänge, Unruhe etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Psychische Auffälligkeiten (Depressionen, Suizidalität, selbstgefährdendes Verhalten etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Realitätsbezug (Halluzination, Wahnvorstellungen, Sinnorientierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Abhängigkeit (Suchtverhalten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• sonstiger Bedarf, und zwar						_____

• bereits in Anspruch genommene medizinische/therapeutische Hilfen						_____

IV. Hilfebedarf im Bereich Ausbildung/Arbeit (Ausbildungs-/Beschäftigungsverhältnis)
