

Aufnahme von: \_\_\_\_\_

Foto

Gewünscht zum: \_\_\_\_\_

Erstgespräch am: \_\_\_\_\_

Bogen ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

**Wohnen Ecksberg für Menschen mit geistiger Behinderung (WEG) und Intensivgruppen  
Herr Kammergruber**

Tel.: 08631/617-220  
Fax: 08631/617-219  
E-Mail: [josef.kammergruber@ecksberg.de](mailto:josef.kammergruber@ecksberg.de)

**Wohnen Ecksberg für Menschen mit geistiger Behinderung (WEG) und Wohngemeinschaften  
Frau Buchner**

Tel.: 08631/617-266  
Fax: 08631/617-166  
E-Mail: [lydia.buchner@ecksberg.de](mailto:lydia.buchner@ecksberg.de)

**Wohngemeinschaften Ramsau für Menschen mit geistiger Behinderung mit Förderstätte (WFR)  
Frau Osl**

Tel.: 08072/9175-10  
Fax: 08072/9175-20  
E-Mail: [marianne.osl@ecksberg.de](mailto:marianne.osl@ecksberg.de)

**Wohnen und ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit psychischer Erkrankung (WGP)**

**Frau Kurt**  
Tel.: 08631/617-221  
Fax: 08631/617-248  
E-Mail: [birnaz.kurt@ecksberg.de](mailto:birnaz.kurt@ecksberg.de)

**Wohnen für Menschen mit erworbenen Schädel- Hirnverletzungen und körperlicher Behinderung (WEK)**

**Frau Schariri**  
Tel.: 08631/910461  
Fax: 08631/617-104  
E-Mail: [andrea.schariri@ecksberg.de](mailto:andrea.schariri@ecksberg.de)

**Ambulant betreutes Wohnen für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (ABW-O)**

**Frau Hochreiter**  
Tel.: 08631/1883928  
Fax: 08631/18799-19  
E-Mail: [OBA-ambulant@ecksberg.de](mailto:OBA-ambulant@ecksberg.de)

**Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung (BWF)**

**Frau Hochreiter**  
Tel.: 08631/1883928  
Fax: 08631/18799-19  
E-Mail: [bwf@ecksberg.de](mailto:bwf@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mühldorf**

Tel.: 08631/617 – 443  
Fax: 08631/617 – 400  
E-Mail: [bd-ecksberg@ecksberg.de](mailto:bd-ecksberg@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mettenheim**

Tel.: 08631/36275-11  
Fax: 08631/36275-19  
E-Mail: [bd-mettenheim@ecksberg.de](mailto:bd-mettenheim@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – WfbM Standort Bachham**

Tel.: 08636/504-102  
Fax: 08636/504-100  
E-Mail: [bd-bachham@ecksberg.de](mailto:bd-bachham@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – PEP (Programm zur Eingliederung psychisch Kranker)**

Tel.: 08631/16869-23  
Fax: 08631/16869-37  
E-Mail: [bd-pep-muehldorf@ecksberg.de](mailto:bd-pep-muehldorf@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – Ecksberger Förderstätten**

Tel.: 08631/617-280  
Fax: 08631/617-104  
E-Mail: [foerderstaette@ecksberg.de](mailto:foerderstaette@ecksberg.de)

**Anfragender:**

Name: \_\_\_\_\_

Beziehung (Eltern/Geschw.): . \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Grund der Anfrage:**

**Zur Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnort (Adresse):

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schulbildung/Schulischer Werdegang/ Welcher Schulabschluss?:

abgeschlossene Berufsausbildung:  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Letzte Beschäftigung (Dauer der Beschäftigung): \_\_\_\_\_

WfbM in von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, welche Tätigkeiten \_\_\_\_\_

Maßnahmen der Arbeitsagentur zur Berufsfindung: \_\_\_\_\_

Beziehen Sie Erwerbsminderungsrente?  ja  nein

Berufserfahrungen: \_\_\_\_\_

Welche Berufswünsche haben Sie: \_\_\_\_\_

Welche Arbeitsbereiche würden Sie interessieren: \_\_\_\_\_

**Wichtig, wenn auch eine Aufnahme in die WfbM angestrebt wird:**

Bitte stellen Sie (gesetzlicher Betreuer) den **Antrag zur Teilhabe am Arbeitsleben unverzüglich** beim örtlichen Arbeitsamt oder beim Rentenversicherungsträger. Der Sozialdienst der Ecksberger Werkstätten kann Sie dabei unterstützen.

Dieser Antrag ist für die Aufnahme in die Werkstatt für behinderte Menschen unbedingt erforderlich!

Diagnosen laut ärztlichem Gutachten (bitte auch Datum der Ausstellung):

**Ges. Betreuer/Aufgabenkreise:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sonstige Kontaktpersonen: \_\_\_\_\_

Name/Adresse/Geburtsdatum/Beruf:

\_\_\_\_\_  Vater;  Mutter; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Vater;  Mutter; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Geschwister;  Kind; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Geschwister;  Kind; \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  Freund;  \_\_\_\_\_

Unterbringung außerhalb der Familie? In welchen Einrichtungen?:

Bindung zu Kontaktpersonen:

Prägende Ereignisse:

Besondere Vorlieben, Interessen:

Besondere Abneigungen:

Orientierungsfähigkeit und Verkehrssicherheit:

Kognitiver Bereich (Einschränkungen z.B. im Sinne von Denken/Konzentration):

Psychosozialer Bereich (Gibt es Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur, besonders im Umgang mit anderen Personen?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Behandelnde Ärzte:**

Hausarzt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fachärzte: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

bitte ggf. auch Kliniken und Reha-Kliniken angeben:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie besonders sturzgefährdet? Ja  Nein

Wenn ja, Stürze in den letzten 12 Monaten: \_\_\_\_\_

Zusätzliche, auch chronische Erkrankungen, Allergien (auch chronische Schmerzen):

\_\_\_\_\_

Epilepsie (Anfallsmuster)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ansteckende Krankheiten (Tbc, MRSA, o.ä.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medizinische Verordnungen (Krankengymnastik, Logo- und Ergotherapie usw.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durchführung:

eigenständig       unter Anleitung       unter Mithilfe       durch Übernahme

Durchgeführt von: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Name:

Dosierung (ggf. vor oder nach den Mahlzeiten):

Stand:

morgens      mittags      abends      nachts

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bedarfsmedikamente:**

Name:

Dosierung (ggf. vor oder nach den Mahlzeiten):

Stand:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einnahme:**

0 eigenständig                      0 unter Aufsicht                      0 Verabreichung

Besonderheiten nachts (z. B.: Schlafstörungen; Lagerung usw.):

---



---



---

besonderer Hilfebedarf:       Epilepsie                                       Autismus  
 Rollstuhl                                       Sinnesbehinderung  
 psych. Beeinträchtigung  
 Fremdaggression  
 Autoaggression

Hilfebedarf	eigenständig	mit Unterstützung	durch Übernahme
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettenbenutzung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Besondere pflegerische Erfordernisse, Hilfsmittel (z. B. Dekubitus, Sonde, Schienen, Korsett, Orthesen usw.)

---



---



---

Sind Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig?       ja                       nein

Wenn ja, welche       Bettgitter                                       Medikamente  
 Bauchgurt                                       Time Out Raum  
 verschlossene Türen                       Sonstiges:  
 Therapeutischer Rollstuhl  
 \_\_\_\_\_

Gibt es zu den angekreuzten Punkten eine richterliche Genehmigung?  Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
(Ort; Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)