

**Wohnen Ecksberg für Menschen mit geistiger Behinderung in Ecksberg (WEB) und Intensivgruppen**

**Frau Gaßner**

Tel.: 08631/617-245  
Fax: 08631/617-345  
E-Mail: [bernadette.gassner@ecksberg.de](mailto:bernadette.gassner@ecksberg.de)

**Frau Weber**

Tel.: 08631/617-192  
Fax: 08631/617-392  
E-Mail: [stefanie.weber@ecksberg.de](mailto:stefanie.weber@ecksberg.de)

**Herr Kammergruber**

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

**Wohnen im Landkreis für Menschen mit geistiger Behinderung (WLK) und Förderstätte Ramsau**

**Herr Stellner**

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

**Herr Diatka**

Tel.: 08072/9175-70  
Fax: 08072/9175-20  
E-Mail: [michael.diatka@ecksberg.de](mailto:michael.diatka@ecksberg.de)

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

**Frau Kurt**

Tel.: 08631 910 166-7  
Fax: 08631 910 166-9  
E-Mail: [birnaz.kurt@ecksberg.de](mailto:birnaz.kurt@ecksberg.de)

**Therapeutische Wohngruppe für Jugendliche „Charly“**

**Frau Kurt**

Tel.: 08631 910 166-7  
Fax: 08631 910 166-9  
E-Mail: [birnaz.kurt@ecksberg.de](mailto:birnaz.kurt@ecksberg.de)

**Wohnen und ambulant betreutes 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 Bauer**

Tel.: 08631/98474-10  
Fax: 08631/98474-13  
E-Mail: [Manuela.Bauer@ecksberg.de](mailto:Manuela.Bauer@ecksberg.de)

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

**Frau Bauer**

Tel.: 08631/98474-10  
Fax: 08631/98474-13  
E-Mail: [Manuela.Bauer@ecksberg.de](mailto:Manuela.Bauer@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mühlendorf/Mettenheim/Bachham (Werkstatt für Menschen mit Behinderung)**

**Frau Schwögler**

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

**Arbeit und Förderung – WfbM Standort Mühlendorf – Bereich für Menschen mit erworbenen Hirnschäden und körperlicher Behinderung (Werkstatt für Menschen mit Behinderung)**

**Frau Monassi**

Tel.: 08631/617 – 429  
Fax: 08631/617 – 400  
E-Mail: [Michaela.Monassi@ecksberg.de](mailto:Michaela.Monassi@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – Tagwerk Ampfing**

**Frau Pongratz**

Tel.: 08636 / 69501-121  
Fax: 08636 / 69501-113  
E-Mail: [daniela.pongratz@ecksberg.de](mailto:daniela.pongratz@ecksberg.de)

**Arbeit und Förderung – Ecksberger Förderstätten**

**Frau Ströbl**

Tel.: 08631/617-280  
Fax: 08631/617-289  
E-Mail: [eva.stroebel@ecksberg.de](mailto:eva.stroebel@ecksberg.de)

**Anfragender\*:**

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Grund der Anfrage:**

\_\_\_\_\_

**Aufnahme von:**

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

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

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

Bisheriger Wohnort (Adresse):

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Derzeitige Wohnsituation (bitte zutreffendes ankreuzen und unterstreichen):

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

- selbständiges Wohnen allein/WG/Pairwohnen/Familie
- selbständiges Wohnen mit zusätzlicher Hilfe
- stationäres Wohnen in Wohnheim/Außenwohngruppe
- Trainingswohnen
- Wohnungslos
- Sonstiges
- Klinik/Psychiatrie
- Rehaeinrichtung

Gesetzlicher Betreuer (Angehöriger / Bevollmächtigter):

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Wirkungs-/Aufgabenbereich des Betreuers:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden

- Einwilligungsvorbehalt  
 Heimvertrag  
 Sonstige

Gewünschte Wohnform:

- offene vollstationäre Wohnform  geschlossene/beschützende Wohnform  Ambulant betreutes Wohnen  
 Außenwohngruppe

Diagnosen (auch Allergien, Unverträglichkeiten, chronische Erkrankungen): \_\_\_\_\_

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

**Bisheriger Leistungstyp:** \_\_\_\_\_

Hilfebedarf (nach Metzler):      0    1    2    3    4    5

**Pflegegrade:**                    1    2    3    4    5

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

- Bettgitter  
 Bauchgurt  
 verschlossene Türen  
 Rollstuhltisch, Sitzhose etc.  
 Timeout Raum  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

**Individuelle Basisversorgung (Bitte ankreuzen):**

	kann	Kann mit Schwierigkeiten	Kann nicht
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung/persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen / zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

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

**Hilfsmittel** (z.B. Rollstuhl, Schienen, Korsett, Orthese etc.):

Hilfsmittel erforderlich:  ja       nein

Art des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_

Unterstützung bei Handhabung nötig:  ja     nein

Form der Unterstützung:

---

---

**Spezielle pflegerische oder gesundheitsfördernde Erfordernisse (z.B. Dekubitus, Sonde etc.):**

---

---

Medikamente und deren Einnahme

Name:

---

---

---

---

---

**Bedarfsmedikamente:**

Name:

---

---

**Einnahme:**

eigenständig                       unter Aufsicht                       Verabreichung

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

---

---

**Angaben zur allgemeinen sozialen Situation**

**Schulabschluss:** \_\_\_\_\_

**abgeschlossene Berufsausbildung:**     ja             nein

bisheriger Besuch einer **WfbM**/Förderstätte:

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

**Rentenbezug:**                       ja             nein

Wenn ja:                       Erwerbsunfähigkeitsrente  
                                       Berufsunfähigkeitsrente  
                                       \_\_\_\_\_

Berufserfahrungen:  allgemeiner Arbeitsmarkt     WfbM             Förderstätte

---

---

---

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

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

Wichtige Besonderheiten/ Verhaltensweisen:

---

---

---

**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!

**Hinweis zum Datenschutz:**

Dieses Formular wird bei der Aufnahme in die Stiftung Ecksberg in der Bewohnerakte gespeichert. Wird die Anfrage zurückgezogen, wird das Dokument datenschutzkonform vernichtet. Wünschen Sie weitere Informationen zum Datenschutz, senden Sie bitte eine E-Mail an [datenschutz@ecksberg.de](mailto:datenschutz@ecksberg.de) oder wenden Sie sich postalisch an unser Datenschutzteam: Datenschutzbeauftragter, Stiftung Ecksberg, Ebinger Straße 1, 84453 Mühldorf a. Inn.

\* Aus Gründen der Lesbarkeit wird nur die männliche Schreibweise verwendet. Es wird an dieser Stelle aber betont, dass sich die männliche Schreibweise auf alle sozialen Geschlechter und Geschlechtsidentitäten gleichberechtigt bezieht.