

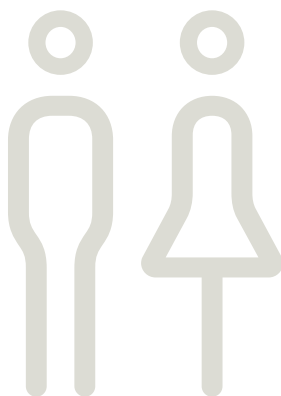


Individuelle Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung



Selbsteinschätzung

VIBEL2



Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern

Alters- und
Behindertenamt
Rathausgasse 1
Postfach
3000 Bern 8
Telefon +41 31 633 42 83
Telefax +41 31 633 40 19
www.gef.be.ch
info.alba@gef.be.ch



Das Wichtigste in Kürze

Mit der Selbsteinschätzung der individuellen Bedarfsabklärung für Menschen mit Behinderung geben Sie Ihren Unterstützungsbedarf an – unabhängig von der Art Ihrer Beeinträchtigung (körperlich, psychisch, kognitiv, Sinne).

Senden Sie die Selbsteinschätzung mit den ausgefüllten Grunddaten- und Schlüsselproblemlättern sowie den ausgefüllten Modulen 1 bis 5 direkt an die Unabhängige Abklärungsstelle. Die Abklärungsfachperson und alle Mitarbeitenden der Abklärungsstelle sind zur Vertraulichkeit verpflichtet.

Was ist die Aufgabe der Abklärungsfachperson?

Die Abklärungsfachperson hat die Aufgabe, Ihren Bedarf zu klären. Sie stützt sich dafür auf Ihre Selbsteinschätzung und auf andere Unterlagen (z. B. Ihr IV-Dossier und die ärztliche Einschätzung). Sie kann weitere Informationen einholen (z. B. eine Zweiteinschätzung oder ergänzende Begründungen Ihrer Hauptbezugsperson), wenn dies für einen gut begründeten Entscheid nötig ist.

Mit diesen Unterlagen führt die Abklärungsfachperson das Abklärungsgespräch bei Ihnen am Wohn- und/oder Arbeitsort durch. Daran nehmen weitere Personen teil, insbesondere Ihre Hauptbezugsperson.

Was geschieht nach dem Abklärungsgespräch?

Die Abklärungsstelle ermittelt, wie viele Leistungsstunden nötig sind, um Ihren behinderungsbedingten Bedarf zu decken, und teilt Ihnen das Ergebnis mit. Sie haben die Möglichkeit, Rückfragen zu stellen oder in schriftlicher Form einen begründeten Antrag einzureichen.

Die Selbsteinschätzung kann auch elektronisch ausgefüllt werden, unter: www.indibe.ch

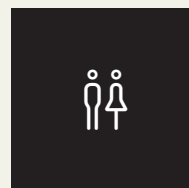
Weitere **Erläuterungen** zur Selbsteinschätzung finden Sie in der Beilage.

IndiBe

Unabhängige Abklärungsstelle
für den individuellen Bedarf von
Menschen mit Behinderung

Gutenbergstrasse 50
3011 Bern
☎ 031 352 21 21
✉ info@indibe.ch

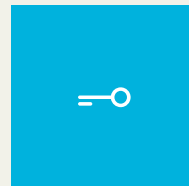
Die Gliederung



Grunddaten

Personalien, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch

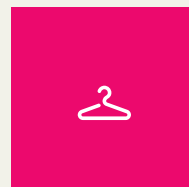
Seiten 1–6



Schlüsselprobleme

Ihre Beeinträchtigungen im Alltag

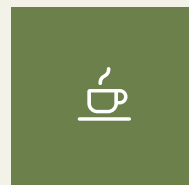
Seiten 7–10



Modul 1

Wohnen

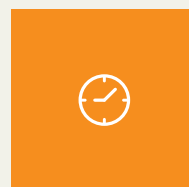
Seiten 11–15



Modul 2

Freizeit

Seiten 16–17



Modul 3

Arbeit (inkl. Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit)

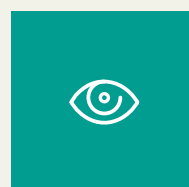
Seiten 18–23



Modul 4

Kindererziehung

Seite 24



Modul 5

Persönliche Überwachung am Tag/Unterstützung in der Nacht

Seite 25

Der Abklärungsprozess

Zuständigkeitsbereich Kanton



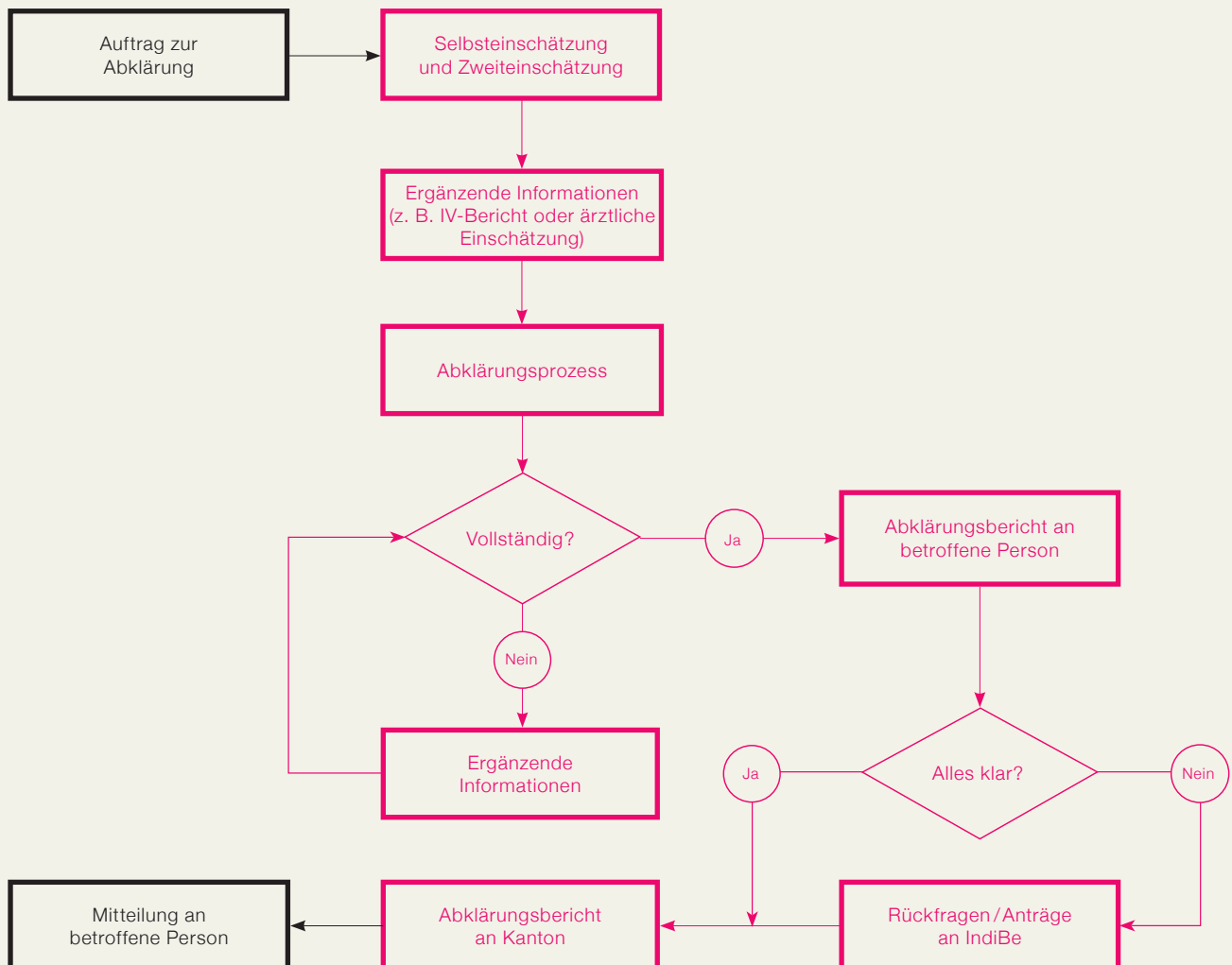
Zuständigkeitsbereich IndiBe



IndiBe ermittelt den individuellen Bedarf an Pflege und Betreuung von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung. Die unabhängige, nicht gewinnorientierte Organisation führt diese Abklärungen im Auftrag des Kantons Bern durch.

Statt den Institutionen erhebt neu die unabhängige Abklärungsstelle IndiBe den Betreuungsbedarf. Das Abklärungsergebnis wird der betroffenen Person mitgeteilt. Die betroffene Person hat die Möglichkeit, bei IndiBe Rückfragen zu stellen oder in

schriftlicher Form einen begründeten Antrag einzureichen. Anschliessend geht der Abklärungsbericht an das Alters- und Behindertenamt des Kantons Bern. Wenn die betroffene Person damit einverstanden ist, erhält sie die entsprechende Kostengutsprache. Die Person mit Behinderung kann frei entscheiden, bei welchem Leistungserbringer (Privatperson, Heim oder Werkstätte) sie damit Betreuungs- oder Assistenzleistungen einkaufen will. Selbstverständlich kann die betroffene Person Einspruch erheben, wenn sie mit dem Abklärungsergebnis nicht einverstanden ist.



Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



1. Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer

Geschlecht

- Männlich
 Weiblich

Zivilstand

- Ledig
 Verheiratet
 Eingetragene Partnerschaft
 Geschieden
 Verwitwet

Korrespondenzadresse

Strasse

Nummer

Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Eigene Kinder

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sprache

Deutsch

Französisch

Andere

Angaben gesetzliche Vertretung

Keine gesetzliche Vertretung

Wenn zutreffend, zweite gesetzliche Vertretung:

Name

Vorname

Name

Vorname

Strasse

Nummer

Strasse

Nummer

Postleitzahl

Ort

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

E-Mail-Adresse

Fortsetzung auf nächster Seite →

Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



2. Aktuelle Lebenssituation

2.1 Wohnsituation

Ich wohne

- a) in einer Privatwohnung zusammen mit erwachsenen Personen; mit Kindern
- b) in einem Wohnheim – Name, Ort
- c) in einer Wohnung, die zu einer Institution/einem Wohnheim gehört (z. B. Aussenwohngruppe) –
Name Institution
- d) in einem privaten Haushalt (Kleinstheim) – Name, Ort
- e) anders, wie?

Bemerkungen

2.2 Arbeitssituation (inklusive Tagesstruktur)

Ich habe einen Arbeits-/Tagesstrukturplatz Ja Nein

Institution/Firma 1

Institution/Firma 2

Name

Name

Ort

Ort

Bemerkungen

Im Bereich Arbeit ist das Einreichen einer Zweiteinschätzung zwingend, es sei denn, der Leistungserbringer Arbeit hat das Modul Arbeit bereits in der Selbsteinschätzung ausgefüllt.

Fortsetzung auf nächster Seite →

Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



2.3 Art der Beeinträchtigung

Schweregrad der Beeinträchtigung	keine	leicht	mittel	schwer	schwerst
Ich habe eine...					
... körperliche Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... geistige/kognitive Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... psychische Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sinnes-Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beschreiben Sie kurz die Art Ihrer Beeinträchtigung/Behinderung.

Falls bekannt: Welche ärztliche Diagnose haben Sie in Bezug auf diese Beeinträchtigung/Behinderung?

Ich bin beeinträchtigt seit der Geburt Ja Nein

3. Art des Unterstützungsbedarfs

3.1 Einstufung durch die IV

Invalidenrente

Ja IV-Grad %
 Nein

Hilflosenentschädigung

Keine Mittel
 Leicht Schwer

Assistenzbeitrag der IV

Ja
 Nein

3.2 Welche Art der Unterstützung/Hilfe benötigen Sie hauptsächlich?

Ich benötige hauptsächlich

- a) Motivierung, Begleitung, Kontrolle bei bestimmten Tätigkeiten
- b) Ganze oder teilweise Übernahme bestimmter Tätigkeiten
- c) Für mich treffen a) und b) zu, je nach Situation oder Tätigkeit

Fortsetzung auf nächster Seite →

Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



3.3 Ist der Unterstützungsbedarf an jedem Tag immer etwa gleich, oder ist der Unterstützungsbedarf an einzelnen Tagen viel höher oder tiefer?

- a) Übers Ganze gesehen habe ich immer etwa einen ähnlichen Unterstützungsbedarf (Normaltage)
- b) Manchmal habe ich Tage mit viel höherem oder tieferem Unterstützungsbedarf (Spezialtage)

Wenn b) zutrifft: Ich brauche an Spezialtagen während mindestens 8 Stunden deutlich mehr oder weniger Unterstützung.

An Spezialtagen habe ich in folgenden Modulen einen Mehr- oder Minderbedarf:

- Wohnen/Haushalt
- Freizeit
- Arbeit
- Kindererziehung
- Persönliche Überwachung am Tag/Unterstützung in der Nacht

Beschreiben Sie, welche zusätzliche Unterstützung Sie an Spezialtagen brauchen.

Fortsetzung auf nächster Seite →

Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



4. Informationen für das Abklärungsgespräch

4.1 Besondere Anforderungen an die Kommunikation

Sehen

Hören

Anderes

4.2 Wer ist in die Abklärung einzubeziehen?

Gesetzliche Vertretung

- Teilnahme am Gespräch
- Einreichen einer Zweiteinschätzung

Leistungserbringer Wohnen

- Teilnahme am Gespräch
- Einreichen einer Zweiteinschätzung

Leistungserbringer Arbeit

(Einbezug obligatorisch)

- Teilnahme am Gespräch
- Einreichen einer Zweiteinschätzung

Bemerkungen

5. Wer hat diese Selbsteinschätzung ausgefüllt?

- a) Die antragstellende Person selbstständig
- b) Die antragstellende Person zusammen mit ihrer gesetzlichen Vertretung
- c) Die gesetzliche Vertretung allein
- d) Die antragstellende Person zusammen mit ihrer Vertrauensperson
- e) Die Vertrauensperson allein
- f) Die gesetzliche Vertretung zusammen mit der Vertrauensperson

Angaben Vertrauensperson:

Name	Strasse	Nummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Adresszusatz	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beziehung zur antragstellenden Person	Postleitzahl	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Institution/Funktion (falls zutreffend)	Telefonnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	E-Mail-Adresse	
	<input type="text"/>	

Fortsetzung auf nächster Seite →

Grunddaten

Persönliche Angaben, aktuelle Lebenssituation, Art des Unterstützungsbedarfs, Informationen für das Abklärungsgespräch



Wenn die Selbsteinschätzung nicht alleine ausgefüllt wurde, bitte aufführen, welche Module von wem ausgefüllt wurden:

Modul	Ausgefüllt von	Funktion/Beziehung zur antragstellenden Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bemerkungen

Falls zutreffend: Unterschrift der Vertrauensperson

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Der/die Unterzeichnende bestätigt, dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und vollständig sind.

Datum	Unterschrift der antragstellenden Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Falls zutreffend: Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

Datum	Unterschrift
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bitte zurücksenden an:

IndiBe
 Unabhängige Abklärungsstelle für den individuellen Bedarf
 Gutenbergstrasse 50
 3011 Bern

Fortsetzung auf nächster Seite →

Schlüsselprobleme

Ihre Beeinträchtigungen im Alltag



In den ersten fünf Spalten können Sie angeben, **wie stark** Sie die Probleme in Ihrem Alltag beeinträchtigen. Die letzte Spalte kreuzen Sie an, wenn Sie die Frage **nicht beantworten** können.

Diese Probleme beeinträchtigen mich im Alltag

	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	Ich kann diese Frage nicht beantworten
<p>1. Aufmerksamkeit</p> <p>Mühe, sich zu konzentrieren: Nicht längere Zeit bei einer Sache bleiben können; sich ständig ablenken lassen <i>Nicht gemeint: Leichte Konzentrationsprobleme</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2. Gedächtnis</p> <p>Sich nicht erinnern können: Erinnerung fehlt, Wesentliches wird vergessen; Mühe, sich etwas zu merken <i>Nicht gemeint: Leichte Vergesslichkeit</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>3. Lernen und Problemlösen</p> <p>Mühe, Erfahrung und Wissen anzueignen und anzuwenden: Mühe haben, etwas zu begreifen, Neues zu lernen, aus Wissen Schlüsse zu ziehen, zu planen; zielgerichtet zu handeln <i>Nicht gemeint: Nicht nachdenken können wegen Verwirrung, Denkblockaden oder Wahn; keine Lust zu Lernen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Wiederholende Verhaltensmuster</p> <p>Ständig starr ablaufenden Mustern folgen müssen: Zum Beispiel: Mit dem Körper schaukeln, mit der Hand vor dem Gesicht wedeln, Dinge aufreihen; auf immer gleiche Abläufe beharren; sich auf eingegrenzte Interessen beschränken <i>Nicht gemeint: Kleinere Ticks</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Verletzungsgefahr</p> <p>Probleme wegen unkontrollierten verletzenden Handlungen: Zum Beispiel: Den Kopf anschlagen, sich beißen, in die Augen stechen; unvermittelt andere Menschen schlagen <i>Nicht gemeint: Gezielte Gewalt gegen andere, suizidales Verhalten</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Schlüsselprobleme

Ihre Beeinträchtigungen im Alltag



	Diese Probleme beeinträchtigen mich im Alltag					Ich kann diese Frage nicht beantworten
	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	
<p>6. Vernünftiges Denken</p> <p>Mühe, klar und realitätsbezogen zu denken:</p> <p>Zum Beispiel: Durcheinander im Kopf, totale Denkblockade, fremdartiges Hören (Stimmen) oder Fühlen, sich selbst und die Welt verändert, bedrohlich oder grossartig wahrnehmen.</p> <p><i>Nicht gemeint: Vorübergehendes Denkversagen wegen Stress oder Angst, Schwierigkeiten mit Lernen und Problemlösen, verminderte Intelligenz</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Spannung und Impulskontrolle</p> <p>Sich innerlich gespannt fühlen und Mühe haben, sich zu kontrollieren:</p> <p>Zum Beispiel: Dauernder oder plötzlicher innerer Druck, ständige Gereiztheit, Mühe beim Kontrollieren von Wut, Tendenz zum Überborden, zu Explosion oder zu Flucht; sich rasch gekränkt oder im Stich gelassen fühlen.</p> <p><i>Nicht gemeint: Angstspannung in unsicheren Situationen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Lebensmut</p> <p>Trüber Stimmung und Mutlosigkeit unterliegen:</p> <p>Verlust an Freude, Motivation, Selbstwertgefühl sowie pessimistische, negative Gedanken (Depression).</p> <p><i>Nicht gemeint: Kürzere Verstimmungen und «Verleider»; Trauer, die vergeht</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Ängste, Zwänge</p> <p>Gefangen sein in Ängsten und/oder Zwängen:</p> <p>Zum Beispiel: Anfallartige Angstzustände (Panik, Phobie), einengende allgemeine Ängstlichkeit; Zwangshandlungen ausführen müssen (kontrollieren, säubern etc.)</p> <p><i>Nicht gemeint: Angst in ungewohnten Situationen (z. B. Prüfungs-ängste) und bei realen Gefahren</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Sucht</p> <p>Probleme mit Suchtmitteln oder anderem süchtigem Verhalten:</p> <p>Regelmässig die Wirkung von Alkohol, Drogen oder abhängig machenden Medikamenten brauchen und den Drang zum Konsum haben; sich in drängender Weise bestimmten Verrichtungen hingeben müssen (z. B. Internetsucht, Spielsucht); Aufsicht benötigen, um von der Sucht fernzubleiben</p> <p><i>Nicht gemeint: Gelegentlicher Konsum</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Schlüsselprobleme

Ihre Beeinträchtigungen im Alltag



	Diese Probleme beeinträchtigen mich im Alltag					Ich kann diese Frage nicht beantworten
	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	
<p>11. Energie</p> <p>Mühe, weil Energie fehlt und Müdigkeit lähmt: Energie fehlt für alltägliche Aufgaben; sich erschöpft und ausgebrannt fühlen <i>Nicht gemeint: Natürliche Ermüdung nach grosser Anstrengung</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. Verhalten im sozialen Rahmen</p> <p>Mühe, sich an gesellschaftliche Anforderungen anzupassen: Zum Beispiel: Mühe mit Vereinbarungen, Regeln, Terminen; Probleme im Bewältigen von Konflikten; aggressives oder anstössig wirkendes Benehmen. <i>Nicht gemeint: Anpassungsprobleme wegen mangelnden Sprachkenntnissen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>13. Mündlicher Austausch und Information</p> <p>Mühe, andere Menschen zu hören und zu verstehen und sich ihnen mitzuteilen: Mühe, ein Gespräch mit einem Gegenüber zu führen, Gesprächen mit mehreren Personen zu folgen; Mühe haben, Kontakt aufzunehmen (auch Blickkontakt); Probleme beim Zugang zu mündlicher Information <i>Nicht gemeint: Leichte Unbeholfenheit in der Kommunikation, Probleme wegen mangelnden Sprachkenntnissen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>14. Schriftlicher Austausch und Information</p> <p>Mühe, Texte zu lesen und zu schreiben: Mühe haben, sich schriftlich mitzuteilen; Probleme beim Zugang zu schriftlichen Informationen <i>Nicht gemeint: Probleme wegen mangelnden Sprachkenntnissen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>15. Räumliche Orientierung</p> <p>Probleme, sich im Raum zurechtzufinden: Den Weg nicht finden, Dinge suchen müssen, Hindernisse nicht erkennen <i>Nicht gemeint: Orientierungsprobleme in neuen Situationen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Schlüsselprobleme

Ihre Beeinträchtigungen im Alltag



	Diese Probleme beeinträchtigen mich im Alltag					Ich kann diese Frage nicht beantworten
	gar nicht	geringfügig	mittelgradig	stark	äusserst stark	
<p>16. Sehen</p> <p>Probleme mit verschwommenem Sehen oder mit Flecken beim Sehen:</p> <p>Mühe haben, Details zu sehen, Gesichter zu erkennen; Mühe haben, den Blick zu fixieren, Bewegungen zu folgen</p> <p><i>Nicht gemeint: Vorübergehende Schwierigkeiten, z. B. wegen akuten Krankheitsphasen oder Verletzungen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>17. Handhaben</p> <p>Probleme beim Hantieren mit alltäglichen Gegenständen:</p> <p>Dinge nicht heben und forttragen können; Mühe haben, Dinge fein zu greifen und zu benutzen</p> <p><i>Nicht gemeint: Vorübergehende Schwierigkeiten, z. B. wegen Verletzungen, wegen akuter Krankheitsphase</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>18. Gehen und Haltung</p> <p>Probleme bei der Fortbewegung und Körperhaltung:</p> <p>Probleme, alltägliche Strecken zu gehen, Hindernisse (Treppen, Unebenheiten) zu überwinden; Probleme den Kopf, Rumpf und den ganzen Körper aufrecht zu halten und zu kontrollieren (bspw. aufrecht stehen oder sitzen)</p> <p><i>Nicht gemeint: Vorübergehende Schwierigkeiten, z. B. wegen akuter Krankheitsphase, Verletzungen</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Bemerkungen zu den Schlüsselproblemen</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>						

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 1

Wohnen: Alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt



Die erste Spalte kreuzen Sie an, wenn Sie **keine Unterstützung** benötigen. In den folgenden vier Spalten können Sie die **Intensität und Höhe** Ihres Unterstützungsbedarfs ankreuzen.

Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle

Alltägliche Lebensverrichtungen

Ich brauche dafür keine Unterstützung

Selten, nur punktuell

Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig

In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)

In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)

Ich kann diese Frage nicht beantworten

Bekleidung

Kleider wählen

Kleider aus dem Schrank nehmen, Kleider zusammenstellen, sich witterungsgerecht kleiden, auf Sauberkeit achten

An- und Auskleiden

Alltagskleidung an-/ausziehen

Mobiliät und Antrieb

Aufstehen

Sich aus dem Bett begeben, in Gang kommen, aufstehen und absitzen, zu Bett gehen

Fortbewegung in der Wohnung

Wege innerhalb der Wohnung zurücklegen (ohne Gang zur Toilette/ins Badezimmer)

Essen und Trinken

Essen und Getränke vorbereiten und einnehmen

Essen schöpfen, Getränke einschenken, Nahrung zerkleinern, essen, trinken, Essmenge beachten (ohne kochen)

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 1

Wohnen: Alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt



	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					Ich kann diese Frage nicht beantworten
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Selten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	
Körperpflege						
Bad benutzen In die Badewanne steigen, am Lavabo aufstehen und absitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper waschen Sich waschen, duschen, baden, Haare waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tägliche Zahn-, Gesichts- und Haarpflege, periodische Körperpflege Zähne putzen, Mundhygiene, eincremen, rasieren, schminken, frisieren, Nägel schneiden, Monatshygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilette/WC						
WC-Nutzung An den WC-Gang denken, zum WC gehen/fahren, auf das WC sitzen (bzw. abliegen bei Verrichtung im Liegen), vom WC aufstehen, für das Verrichten an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notdurft verrichten Stützen, halten, pressen, Darm ausräumen, Einmal-Katheterisierung, Stoma-Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygienemassnahmen Nach der Notdurft säubern, Hände waschen, WC ordentlich verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 1

Wohnen: Alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt



3/5

Zusatzbedarf bei alltäglichen Lebensverrichtungen

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie einen Zusatzbedarf haben. Setzen Sie in diesem Fall ein x.

Ja

Beim Ankleiden, Essen, Toilettengang usw. brauche ich deutlich länger und/oder besondere Unterstützung, weil

- ich starke Spasmen/Hypotonie (Muskelhypotonie) habe.
- mich psychische Probleme hindern, zielgerichtet zu handeln.
- mir immer wieder der Mut/die Motivation dazu fehlt.

In verschiedenen Situationen sind zwei HelferInnen notwendig. Bitte unten erläutern, in welchen Situationen.

Ich benötige Unterstützung beim An- und Ablegen von Stützstrümpfen, Prothesen, Orthesen, Korsetts etc.

Ich benütze Hilfsmittel, die viel Zeit benötigen (Hebe-Lift oder Ähnliches).

Ich bin in den alltäglichen Lebensverrichtungen auf medizinische Pflege angewiesen (z. B. Sondenernährung, Katheter).

Ich brauche beim Essen länger, weil mir Kauen/Schlucken Mühe bereitet.

Ich brauche jemanden, der mir meine täglichen Medikamente eingibt oder kontrolliert, dass ich sie einnehme.

Bemerkungen zum **Zusatzbedarf** bei alltäglichen Lebensverrichtungen

Bemerkungen zu den alltäglichen Lebensverrichtungen **allgemein**

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 1

Wohnen: Alltägliche Lebensverrichtungen, Haushalt



Haushalt	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Selten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Planung und Verwaltung						
Mit Finanzen, Behörden und Terminen umgehen Briefe an Behörden schreiben und beantworten, Termine abmachen, Einzahlungen machen, mit Geldbeträgen umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haushaltsführung						
Tägliches Essen planen und zubereiten Ausgewogene Mahlzeiten planen, Küchengeräte bereitstellen, rüsten, kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohnung aufräumen und reinigen Täglich Ordnung machen, Küche in Ordnung halten, staubsaugen, Böden aufnehmen, abstauben, Bett frisch beziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wäsche, Kleider und Schuhe pflegen Waschen, Kleider bügeln, Kleider aufräumen, Schuhe putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besorgungen machen						
Einkaufen und Dienstleistungen nutzen Weg zu den Läden bewältigen, Bestellungen machen, Artikel aussuchen, Gegenstände aus dem Regal nehmen, Einkauf tragen, Behördengänge wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 1

Wohnen: Alltägliche Lebensverrichtungen,
Haushalt



5/5

Zusatzbedarf im Haushalt

Bitte geben Sie im Folgenden an, ob Sie einen Zusatzbedarf haben. Setzen Sie in diesem Fall ein x.

Ja

Ich brauche aufgrund meiner Beeinträchtigung Spezialernährung, deren Zubereitung aufwendig ist.

Ich habe einen erhöhten Putzaufwand wegen unkontrolliertem Verhalten/meinen Allergien/meinem Rollstuhl.

Ich benötige pro Woche 3-mal oder häufiger Unterstützung bzw. Begleitung für meinen Gang zum Arzt bzw. zur Therapie.

Aufgrund meiner Beeinträchtigung habe ich einen besonders grossen Wäscheverbrauch.

Bemerkungen zum **Zusatzbedarf** im Haushalt

Bemerkungen zum Haushalt **allgemein**

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 2

Freizeit: Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe, Ferien, freie Zeit



Was unternehmen Sie in Ihrer Freizeit (nach der Arbeit, am Abend, am Wochenende)?



Die erste Spalte kreuzen Sie an, wenn Sie **keine Unterstützung** benötigen. In den folgenden vier Spalten können Sie die **Intensität und Höhe** Ihres Unterstützungsbedarfs ankreuzen.

Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle

	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Selten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe						
Gestaltung der Freizeit Planung und Umsetzung der Freizeitaktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Menschen zusammen sein, am öffentlichen Leben teilnehmen Kontakte pflegen, neue Kontakte knüpfen, an der Gesellschaft teilnehmen, in der Politik aktiv sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität ausser Haus Selbstständig ausgehen, im Rollstuhl fortbewegen, Tram/Bus/Zug benutzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zu **Freizeitaktivitäten und gesellschaftlicher Teilhabe** allgemein

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 2

Freizeit: Freizeitaktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe, Ferien, freie Zeit



Ferien und Reisen	Ich brauche keine Unterstützung	Ich brauche Unterstützung
<p>Wohnen und Mobilität</p> <p>Zusätzlicher behinderungsbedingter Aufwand in einer fremden Wohnung/in einem Hotel/auf Reisen für die alltäglichen Lebensverrichtungen, im Haushalt und/oder bei der Mobilität</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Bemerkungen zu Ferien/Reisen allgemein</p>		
<div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



Arbeit (inkl. selbstständige Erwerbstätigkeit)/Tagesstruktur

Wenn Sie zurzeit keinen Arbeits- bzw. keinen Tagesstrukturplatz haben und demnächst auch keine Arbeit beginnen wollen, fahren Sie bei **Aus- und Weiterbildung Seite 22** weiter.

Anzahl Arbeits-/Tagesstrukturplätze, an denen Sie tätig sind

Umfang Ihrer (geplanten) Tätigkeit Stunden pro Woche

Falls Sie an verschiedenen Arbeits-/Tagesstrukturplätzen tätig sind und Ihr Unterstützungsbedarf an jedem Platz anders ist, füllen Sie das Modul 3 für jeden Arbeitsplatz einzeln aus. Bitte kopieren Sie in diesem Fall die entsprechenden Blätter.

Art des Arbeits-/Tagesstrukturplatzes, z. B. Gärtnerei, Küche, Büro, und Ihre (Haupt-)Tätigkeiten

Bitte beschreiben Sie oder Ihr Vorgesetzter stichwortartig den Unterstützungsbedarf für jede Tätigkeit in den vorgesehenen Zeilen unter «Bemerkungen».



Die erste Spalte kreuzen Sie an, wenn Sie **keine Unterstützung** benötigen. In den folgenden vier Spalten können Sie die **Intensität und Höhe** Ihres Unterstützungsbedarfs ankreuzen.

Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle

	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Seiten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Mobilität und Orientierung						
Fortbewegung Den Arbeitsweg zurücklegen, sich am Arbeitsplatz fortbewegen und zurechtfinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Seiten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Arbeitstätigkeit und Arbeitsverrichtung						
Arbeit/Tätigkeit planen, organisieren und terminieren Den Tagesablauf gestalten/planen, Einzelschritte vorausplanen, Entscheidungen treffen, Abgabetermine einhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz vorbereiten Alles bereit machen für die aktuell anstehende Tätigkeit, Material und Geräte bereitstellen, Arbeitsplatz einrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Tätigkeit erlernen Ziel der Aufgabe/Tätigkeit verstehen, produkt(ions)-bezogenes Lernen, Arbeitsschritte einüben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit/Tätigkeit ausführen Arbeit/Tätigkeit anfangen/umsetzen, bei der Tätigkeit bleiben, mit Erfolg/Frust/Stress umgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorgaben und Richtlinien einhalten Sich konzentrieren, Vorgaben bezüglich Qualität und Quantität einhalten, Fehlerkontrolle und -korrektur durchführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Veränderungen Umgang mit wechselnden Arbeiten/Tätigkeiten, Personen und räumlichen Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Fortsetzung auf nächster Seite →						

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Selten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Rückhalt und Sicherheit						
Sich sicher fühlen Sich persönlich sicher fühlen, sich akzeptiert und verstanden fühlen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzungen vermeiden Schutzbrille/Gehörschutz/Arbeitskleidung anziehen, Verletzungsgefahren vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
Zusammenarbeit						
Umgang mit anderen Miteinander reden/Gespräche führen, Kontakt zu anderen aufnehmen, mit Konflikten umgehen, angemessenes Verhalten gegenüber anderen, Umgang mit Nähe und Distanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Vorschriften Pünktlich sein, Anwesenheitszeiten und Verhaltensregeln am Arbeits-/Tagesstrukturplatz einhalten (z. B. bzgl. Rauchen, Krankmeldungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						
<input type="text"/>						

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



Mein Arbeitsplatz/ Tagesstrukturplatz ist

- im freien Arbeitsmarkt/selbstständige Erwerbsarbeit
- ein Nischenarbeitsplatz
- an einem angepassten Arbeitsplatz (z. B. Werkstatt)
- in einem Wohnheim mit integrierter Beschäftigung/einer Tagesstätte
- bei mir zu Hause

Kontaktdaten des Arbeits-/Tagesstrukturplatzes (bei mehreren Arbeitsplätzen beim gleichen Arbeitgeber nur einmal ausfüllen)

Name Arbeitgeber

Name, Vorname Kontaktperson

Strasse Nummer

Postleitzahl Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Bemerkungen zum Arbeits-/Tagesstrukturplatz

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



Aus- und Weiterbildung

Wenn Sie zurzeit **keine Aus- oder Weiterbildung** machen und demnächst auch nicht beginnen wollen, fahren Sie bei «Gemeinnütziges Engagement» auf **Seite 23** weiter.

	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Seiten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Aus- und Weiterbildung Lernen, Inhalte oder Abläufe verstehen, Handreichungen ausführen, Zusammenarbeit mit KollegInnen, im Team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität für die Aus- und Weiterbildung Transport zur Bildungsstätte, Teilnahme an Veranstaltungen, Exkursionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bezeichnung der Aus- und Weiterbildung

Umfang Ihrer (geplanten) Tätigkeit in der Aus- und Weiterbildung

Stunden pro Woche Dauer in Monaten

Name und Adresse der (geplanten) Aus- und Weiterbildungsstätte

Name

Strasse Nummer

Postleitzahl Ort

Bemerkungen zur (geplanten) Aus- und Weiterbildungsstätte

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 3

Arbeit/Tagesstruktur, Aus- und Weiterbildung, gemeinnützige Tätigkeit



Gemeinnütziges Engagement

Wenn Sie sich zurzeit nicht im gemeinnützigen/ehrenamtlichen Bereich engagieren und damit auch nicht demnächst beginnen wollen, **fahren Sie mit Modul 4 auf Seite 24 weiter.**

	Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle					
	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Seiten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Gemeinnütziges Engagement Die Tätigkeit erlernen, ausüben, sich mit KollegInnen und KundInnen verständigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität für das gemeinnützige Engagement Transport zur Tätigkeit oder bei der Tätigkeit, Besuch von Veranstaltungen im Zusammenhang mit dem gemeinnützigen Engagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion im gemeinnützigen/ehrenamtlichen Bereich

Umfang Ihrer (geplanten) gemeinnützigen/ehrenamtlichen Tätigkeit

Stunden pro Woche

Name und Adresse der (gemeinnützigen) Organisation

Name

Strasse Nummer

Postleitzahl Ort

Bemerkungen zum (geplanten) gemeinnützigen Engagement

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 4

Kindererziehung



Wenn Sie zurzeit keine eigenen Kinder pflegen, betreuen oder erziehen, **fahren Sie mit Modul 5 auf Seite 25 weiter.**



Die erste Spalte kreuzen Sie an, wenn Sie **keine Unterstützung** benötigen. In den folgenden vier Spalten können Sie die **Intensität und Höhe** Ihres Unterstützungsbedarfs ankreuzen.

Ich benötige Beratung, Anleitung, Motivierung, Begleitung, Unterstützung, Kontrolle

	Ich brauche dafür keine Unterstützung	Seiten, nur punktuell	Bei mehreren Verrichtungen, regelmässig	In grossem Umfang, fast immer (geringe Eigenleistung)	In vollem Umfang, immer (keine Eigenleistung)	Ich kann diese Frage nicht beantworten
Eigene Kinder (bis zu 4-jährig) pflegen und betreuen Verpflegen, wickeln, baden, waschen, kleiden, mit ihnen spielen, sie draussen begleiten, sie beruhigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigene Kinder erziehen (4- bis 18-jährig) Bei den Hausaufgaben helfen, etwas mit den Kindern unternehmen, sich mit Lehrpersonen besprechen, an Elternabenden teilnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Umfang Ihrer Tätigkeit

An Tagen pro Woche

Bemerkungen zur **Kindererziehung**

Fortsetzung auf nächster Seite →

Modul 5

Persönliche Überwachung am Tag/
Unterstützung in der Nacht



Überwachung	Ich brauche keine Überwachung am Tag	Ich brauche Überwachung am Tag
Überwachung am Tag Abdecken von medizinischen oder sonstigen Risiken, Vermeidung von Selbst- und Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte beschreiben Sie, was die Überwachung am Tag beinhaltet. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		
Unterstützung	Ich brauche keine Unterstützung in der Nacht	Ich brauche Unterstützung in der Nacht
Unterstützung in der Nacht Wieder zu Bett bringen, beruhigen, nächtlichen Toilettengang verrichten, Atemwege frei halten, sich umlagern usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte beschreiben Sie, was die Unterstützung in der Nacht beinhaltet. <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		

