

Aufnahmefragebogen



IFD-Fachkraft:

Datum:

Name, Vorname:

JobBudget Klientennr.:

Informationen zur Vermittlung:

Beschreibung der Beeinträchtigung in Bezug auf Arbeit und Alltag:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Körperliche Belastbarkeit (in Minuten, Kilo o.ä.):

| | |
|--------------|-----------------|
| sitzen | stehen |
| gehen | greifen |
| heben | Treppen |
| bücken | Leitern |
| knien | über Kopf |

Regelmäßige Arztbesuche: ja nein wie oft?

behandelnder Arzt:

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ja nein / wenn ja, welche:

Art des Medikaments:

Nebenwirkung:

Art des Medikaments:

Nebenwirkung:

Allergien: ja nein welche?

Suchterkrankung: ja nein

liegt ein ÄG / PG vor? ja nein

Hilfsmittelbedarf: Werden aufgrund der Beeinträchtigung Hilfsmittel benötigt? ja nein

ja, und zwar: Brille Hörgerät Gehhilfen Rollstuhl Medikamente

Sonstiges:

Mobilität

Können eigenständig öffentliche Verkehrsmittel genutzt werden? nein ja bedingt

Gibt es am Wohnort öffentliche Verkehrsmittel, die zum Erreichen von Schule, Praktikum- oder Arbeitsstelle nutzbar sind? nein ja bedingt

Führerschein? nein wird angestrebt ja Klasse:

eigenes Fahrzeug? nein ja, welches:

Fahrdienst? ja nein

Finanzielle Situation

Art der derzeitigen Bezüge ohne Bezüge

Höhe der derzeitigen Bezüge:

Erhalt von Persönlichem Budget: nein Antragsverfahren läuft

ja, für folgenden Bereich:

Träger:

Verschuldung: ja nein Höhe: ca

Schuldenberatung: ja nein

AnsprechpartnerIn:

Konto vorhanden: ja nein

Unterstützungsbedarf - Zusammenfassung

Werden aufgrund der Beeinträchtigung besondere Unterstützungsleistungen im Alltag benötigt? Wenn ja, welche:

.....
.....

.....
.....

Durch wen bzw. welche Institution wird diese Unterstützung geleistet? In welcher Form?

.....
.....
.....
.....
.....

Schulischer und beruflicher Werdegang

Schulbesuch:

Abschluss:

.....
.....

Kulturtechniken:

Lesen: keine leichte deutliche Einschränkungen

Rechtschreibung: keine leichte deutliche Einschränkungen

Rechnen: keine leichte deutliche Einschränkungen

Teilnahme an berufsvorbereitenden Maßnahmen:

BVJ (Berufsvorbereitungsjahr, schulisch)

BGJ (Berufsgrundbildungsjahr, nachschulisch)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

gewünschte Arbeitsbereiche: ▶▶
▶▶
▶▶
▶▶
▶▶

unerwünschte Arbeitsbereiche: ▶▶
▶▶
▶▶
▶▶

Arbeitszeiten: Vollzeit Teilzeit ca. Stunden
 Schichtdienst auch WE Nachtschicht

Entfernung zum Arbeitsplatz (Kilometer / Zeit)

Freizeit /Hobbies / bes. Fähigkeiten:

.....
.....
.....

soziale Kontakte (z.B. Freunde, Nachbarn, Vereine)

.....
.....
.....

Stärken (z.B. Pünktlichkeit, Genauigkeit, Arbeitstempo, Belastbarkeit, Kommunikation):

.....
.....
.....

Was würde [...] als Ihre Stärken bezeichnen?

.....
.....

zu verbessern wäre (z.B. Stressanfälligkeit, Ungeduld):

.....
.....
.....

Was würde [...] sagen?

.....
.....

Vereinbarungen nach dem Erstgespräch:

.....

.....

.....

.....

.....

Fragebogen psychische Erkrankung

Name: Datum:

Fragen zur Erkrankung:

Wann trat die Erkrankung zum ersten Mal auf?

Wie lautet die genaue Diagnose?

Haben Sie Warnzeichen festgestellt? Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

Waren Sie bereits in klinischer Behandlung? Wenn ja, wie oft und wie lange?

.....

.....

Beschreibung einer akuten Episode:

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Notfallstrategien bei beginnender Krise entwickelt?

.....

.....

.....

Wer wird informiert?

.....

.....

.....

Wie erkennen Außenstehende eine akute Krise?

.....

.....

Wie ist Ihre aktuelle psychische Befindlichkeit?

.....

.....

Fragen zur Auswirkung der Erkrankung in Bezug auf den Arbeitsplatz:

Darf der AG über Ihre Erkrankung informiert werden? ja nein

.....

Wusste Ihr ehemaliger AG von Ihrer Erkrankung? ja nein

.....

Beschreibung der Problematik am AP:

.....

.....

.....

.....

.....

Ist es für Sie möglich, in Ihren alten Beruf zurück zu kehren? ja nein

.....

Haben Sie das Gefühl, den heutigen beruflichen Anforderungen entsprechen zu können?

.....

.....

.....

Notwendige / fördernde Bedingungen am AP:

.....

.....

.....

.....

Momentane Belastbarkeit (Arbeitszeit):

.....

Welche Fehlzeiten sind zu erwarten?

.....

Müssen spezielle Sicherheitsanforderungen am AP gegeben sein (z.B. in Bezug auf Maschinen o.ä.)?

.....

.....

Fragen zum professionellen / sozialen Netzwerk:

Gibt es Personen aus Familie / Freundeskreis / Bekanntenkreis, die Sie in akuten Episoden unterstützen können?

.....

.....

.....

Gibt es Kontakte zu professionellen HelferInnen?

.....

.....

.....

Liegen noch weitere Probleme vor?