

D1**Assessmentbogen****Bestandsaufnahme der sozialen, gesundheitl., rechtl. und beruflichen Situation und Biografie**

Name:

Geburtsort:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

erstellt am:

Soziodemografische Daten, Wohn- und Einkommenssituation**1. Familienstand**

- ledig
 verheiratet seit:
 verwitwet seit:
 geschieden seit:
 getrennt lebend seit:

Zahl der Kinder:

Geburtsjahr des Kindes /
der Kinder:**2. Lebensform**

- Alleinlebend
zusammen mit
 Ehepartner/in/Lebensgefährte/in
 Mutter Vater
 Eltern Kinder/n
 Verwandten Freunden
 Anderen

3. Wohnsituation

- Eigene Wohnung Elterliche Wohnung
 Wohngemeinschaft Möbliertes Zimmer
 zur Untermiete Wohnungsloseneinrichtung
 Heim (auch Nachsorge- und Adaptionseinrichtungen)
 o.f.W. seit: von Wohnungslosigkeit bedroht
 jeweiliger Auslöser: Mietschulden
 Mietwidrigkeit
 Institutioneller Wohnungsverlust
 sonstige:

Falls nicht in einer eigenen Wohnung:

jemals in einer eigenen Wohnung – allein oder mit anderen gelebt?

- ja nein

4. für den/ die Klienten/ in bedeutsame soziale Kontakte bestehen

- zu Angehörigen zu Freunden
 zu Kollegen zu Nachbarn, Mitbewohnern
 durch Vereins-, Clubtätigkeit (auch: Selbsthilfegruppen, Besuch von (Alten-)Begegnungsstätten):
 zu Religionsgemeinschaften:
 sonstige:

5. Einkommensverhältnisse

(Mehrfachauswahl möglich)

- z.Zt. kein Einkommen
 Eigene Erwerbstätigkeit
 Berufsunfähigkeitsrente Antrag gestellt
 Erwerbsunfähigkeitsrente Antrag gestellt
 Erwerbsminderungsrente Antrag gestellt
 Altersrente Antrag gestellt
 Witwengeld
 Krankengeld
 Arbeitslosengeld - Kundennummer:
 Arbeitslosengeld II - Kundennummer:
 Sozialgeld - Kundennummer:
 Sozialhilfe/Grundsicherung
 BAFöG Stipendium Ausbildungsgeld
 Unterhalt durch Familienangehörige:
 (wer?)
 Sonstiges Einkommen (bitte Art angeben):

Höhe des Nettoeinkommens (bitte angeben):

ca. € (pro Monat)

6. ergänzende Angaben zur Lebenssituation

(z.B. familiäre Situation, Wohnsituation, bisherige ofW- Erfahrungen u. Zeitraum)

Klient (in)

erstellt am:

Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

1. Schulausbildung (Mehrfachauswahl möglich)

| | mit Abschluss | abge- brochen |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sonderschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hauptschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Realschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachoberschule/Polytechnikum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gymnasium (allg. Abitur) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Schule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| z.B. Kolleg, Höhere Handelsschule | (bitte angeben) | |

erreichte Abschlüsse

Gegenwärtig in Schulausbildung _____

2. Führerschein

ja, Klasse _____ nein

3. Berufsausbildung

(Mehrfachauswahl möglich)

| | mit Abschluss | abge- brochen |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Berufsgrundbildungsjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufl. Vorpraktikum/ Volontariat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachschule/Meisterschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hochschule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Qualifizierung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(bitte angeben)

abgeschlossene Berufsausbildung als (bitte angeben)

derzeit in Ausbildung/Umschulung als (bitte angeben)

keine Berufsausbildung

4. bisherige Beschäftigung

(ungefähre Angabe in Jahren, evtl. Extrablatt benutzen)

von _____ bis _____ als _____
 von _____ bis _____ als _____
 von _____ bis _____ als _____
 von _____ bis _____ als _____
 von _____ bis _____ als _____
 von _____ bis _____ als _____

5. derzeit (oder zuletzt) ausgeübte Tätigkeit

- Hausfrau/Hausmann
- mit Kindern/Pflegebedürftigen
- Ehrenamtlich tätig
- WfbM Dauerarbeitsplatz
- Maßnahme, z.B. Belastungserprobung, Arbeitstherapie, ABM

(bitte angeben)

- Mithelfende/r Familienangehörige/r
- Wehrdienst, Zivildienst, FSJ, FÖJ
- Zuverdienst/Minijob
- 1-2 Euro-Job
- Integrationsbetrieb
- Betriebliches Praktikum
- Vergütete Berufstätigkeit (bitte angeben)

Sonstiges (bitte angeben)

- Vollzeit Teilzeit mit _____ Stunden pro Woche
- befristet unbefristet
- Beamte/r Selbständige/r
- Arbeiter/in Angestellte/r

6. anerkannt schwerbehindert

ja, mit _____ GdB nein gleichgestellt

7. ergänzende Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit (z.B. besondere berufliche Erfahrungen)

Klient (in) _____ erstellt am: _____

Krankengeschichte, Rehabilitationsverlauf, Suchtanamnese, Sozialmedizinische Angaben, Sichtweisen und Motivationsstatus

1. Psychiatrische Krankengeschichte

In welchem Alter erfolgte erstmals eine stationäre, teilstationäre oder ambulante psychiatrische Behandlung?

Mit _____ Jahren

| Zurückliegende (teil-) stationäre Behandlungen | Anzahl | davon: | |
|--|--------|-----------------------|-------------------|
| | | vorzeitig abgebrochen | planmäßig beendet |
| Psychiatrie und Psychotherapie | | | |
| (Qualifizierte) Entgiftungsbehandlung | | | |
| Entwöhnungsbehandlung | | | |

In welchem Jahr war der letzte stationäre Aufenthalt?

Wie viele Wochen dauerte dieser?

Besteht oder bestand ein Suchtmittelmissbrauch oder eine – abhängigkeit?

Ja (bitte mit Pkt. 2 fortfahren)

Nein (bitte mit Pkt. 3 fortfahren - nächste Seite)

2. Suchtanamnese

Alter bei erstem häufigerem Suchtmittelkonsum: _____ Jahre

Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten (Mehrfachnennungen möglich, Hauptsubstanz bitte markieren)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Cannabinoide | <input type="checkbox"/> andere Substanzen: |
| <input type="checkbox"/> Opiode | <input type="checkbox"/> Kokain/ Crack | <input type="checkbox"/> Halluzinogene | |
| <input type="checkbox"/> Stimulantien und Designerdrogen | <input type="checkbox"/> Nikotin | | |
- andere Diagnosen (z.B. Essstörungen, Spielsucht etc.):

Applikationsform(en): oral nasal Rauch
 nicht i.v.- injiziert i.v.- injiziert

mittlere tägliche Konsummenge:

Gibt es hochriskante Konsumphasen? mehr als 1x pro Woche wöchentlich seltener
 monatlich täglich

Gibt es Erfahrungen mit Abstinenz und (fremd-) kontrolliertem Konsum außerhalb von stationären Einrichtungen und Kliniken?

- | | | |
|--|----------|------------|
| <input type="checkbox"/> z. Zt. Abstinenz seit _____ Monaten | Wie oft? | Wie lange? |
| <input type="checkbox"/> frühere Cleanphasen von mehr als 8 Wochen: | Wie oft? | Wie lange? |
| <input type="checkbox"/> Phasen des kontrollierten/ reduzierten Konsums: | Wie oft? | Wie lange? |

Ergänzende Angaben: z.B. aktueller Konsum (die letzten 30 Tage), Anlass für Abstinenz oder kontrollierten Konsum oder Aufgabe des polyvalenten Konsums? Gründe für Wiederaufnahme des Konsums? Funktion des Konsums?

Klient (in) _____ erstellt am: _____

3. Psychopharmakologische und/ oder Substitutionsbehandlung

In welchem Jahr erstmalig pharmakol./ substitutionsbehandelt:

Seitdem behandelt worden mit: (Mehrfachnennungen möglich, alle Stoffgruppen angeben)

- Neuroleptika Antidepressiva derzeit in Umstellung
- Tranquilizer Lithium/Carbamecepin
- Methadon/ Polamidon Acamprosac/ Clomethiazol

ggf. aktuelle Medikation:

- Medikament: a) Dosis/Tag:
- b)
- c)

4. Sind bereits Rehabilitationsversuche vorausgegangen?*

* Hier sind alle Maßnahmen mit einer rehabilitativen Zielsetzung anzuführen und soweit bekannt Angaben über Art, Zeitpunkt und Dauer der Maßnahme zu machen. Neben Rehabilitationsversuchen in speziellen Einrichtungen sind hier auch zu berücksichtigen: z.B. Hilfen im Rahmen von betreuten Wohnangeboten; Tagesstätten und (Pflege-) Heimen der Sozialpsychiatrie, Wohnungslosen-, Straffälligen-, Suchtkranken- oder allg. Behinderten- und Altenhilfe; ambulante psychotherapeutische, soziotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungs- und Hilfsangebote von Suchtberatungsstellen.

5. Medizinische Angaben

(Infektionskrankheiten, körperliche Erkrankungen z.B. Diabetes, Leberzirrhose, kritischer Ernährungszustand, Hauterkrankungen, extrem schlechter Zahnstatus, komorbide Störungen, Minderbegabung)

Ist eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bekannt?

- beantragt, wann?
- anerkannt
- Pflegestufe

6. Motivationsstatus und Sichtweisen des/ r Klienten /in

(u.a. Angaben zum Selbstkonzept, zur Veränderungsbereitschaft und Compliance):

Klient (in) erstellt am:

7. Erfahrungen mit der bisherigen Behandlung /Rehabilitation/Betreuung aus Sicht des/r Klienten in (Krankheits- und Problembewältigungskonzepte aus Sicht der Klientel)

Rechtliche Situation

1. Justitielle Belastung:

 ist nicht bekannt

Stand:

Aktuell:

- laufendes Verfahren
 Bewährung

Kontaktadresse:

- Führungsaufsicht

Kontaktadresse:

- Inhaftierung
 Maßregelvollzug
 Gerichtliche Schuldentitel
 private Insolvenz seit:
 Betreuung beantragt
 seit:

- Scheidungsverfahren
 Führerscheinentzug

in der Vergangenheit:

- Vorstrafen

- Anzahl bisheriger Inhaftierungen

- Gesamtdauer bisheriger Inhaftierungen in Monaten:

- Enddatum letzte Inhaftierung

- Anzahl bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug

- Gesamtdauer bisheriger Unterbringungen im Maßregelvollzug in Monaten

- Enddatum der letzten Unterbringung im Maßregelvollzug

2. Ergänzende Angaben zur rechtlichen Situation

(z.B. Bewährungsaufgaben, Hafterfahrungen, Erfahrungen mit Maßregelvollzug, Deliktspezifika, Schuldner; Zusammenhänge mit Suchtproblematik, Chronologie eventuell bisheriger justitieller Belastungen)

Klient/in

erstellt am:

Ergänzende Angaben zur Biografie**1. bedeutsame Entwicklungen und Erfahrungen, spezifische Interessen und Neigungen**

(z.B. Sozialanamnese, Soziale Netzwerke (insbesondere deren Suchtbezogenheit) und Rollen, Lebensmuster, Suchtbiografie, Hobbys, berufl. Interessen bzw. Erfahrungen)

2. ergänzende Angaben zur aktuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung

(z.B. Abschluss von Behandlungsvereinbarungen, erfolgreiche und weniger erfolgreiche Hilfeansätze, frühere adäquate Problembewältigung des/ r Klienten (in))

Datenschutzregelung / Schweigepflichtsentbindungserklärung:

"Über den Zweck und die Notwendigkeit der Erhebung und Speicherung meiner persönlichen Angaben im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung sowie deren Umsetzung wurde ich ausführlich unterrichtet. Mit diesem Verfahren bin ich einverstanden und entbinde widerruflich die beteiligten Mitarbeiter/ innen von ihrer Schweigepflicht, soweit dies für die Umsetzung des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP) erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass die Informationen des IBRP an diejenigen Einrichtungen, Dienste und Bezugspersonen weitergegeben werden, die an der Erbringung der Hilfen beteiligt sind und die zu diesem Zweck im IBRP unter Ziffer 4 (Übersichtsbogen) abschließend bezeichnet sind."

Klient(in)/ Anspruchsberechtigte(r)

ggf. Bevollmächtigte(r)/ gesetzl. Vertreter(in)

Die o.g. Daten wurden im Rahmen der integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanung in

einem / mehreren Gespräch (en)

fremdanamnestisch

erhoben. Für die Vollständigkeit kann keine Gewähr übernommen werden.

erstellt von:

Name / Unterschrift

Klient (in)

erstellt am: