

Selbsteinschätzung Individueller Betreuungsbedarf

Wohnen: geistige Behinderung / körperliche Behinderung



Selbst-ein-schätzung Indi-vidu-eller Betreuungs-bedarf: Wohnen.

- **Geistige Behinderung.**
- **Körper-liche Behinderung.**

	Datum.
Wann haben Sie die Selbst-ein-schätzung gemacht?	

	Vorname.	Nachname.
Ihr Name.		

Ihr Geburts-datum.	
--------------------	--

Nummer von der Sozial-ver-sicherung.	
--------------------------------------	--

Hilft eine Person beim Ausfüllen vom Fragebogen?	
Vorname und Name.	
Telefon-nummer.	

Brauchen Sie Hilfs-mittel beim Ausfüllen? Dann machen Sie rechts ein Kreuz. _____ ▾	
Bilder.	
Gebärden-sprache.	
Sprach-computer.	
Anderes Hilfs-mittel?	Welches:

Bei welcher Insti-tution ist das Angebot?	
---	--

Mit meiner Unter-schrift erkläre ich:

- Ich habe den Fragebogen ausgefüllt.
- Alle Angaben sind richtig.
- Ich habe **nichts** weg-gelassen.

Damit bin ich ein-verstanden:

- **Andere Personen** dürfen den Fragebogen lesen.
- Die **FAS** darf den Fragebogen an **andere Personen** weiter-geben.

Unter-schrift. _____

(oder Unter-schrift vom Beistand.)

Andere Personen:

Zum Beispiel:

- Weitere Fach-personen.
- Betreuende Personen aus Ihrer Familie.
- Ihr Beistand.

FAS:

FAS ist die Abkürzung für Fachliche Abklärungs-stelle. Die FAS ist für Menschen mit Be-hinderung.

Die FAS prüft:

- Welche Unter-stützung braucht der Mensch mit Be-hinderung?
- Wie viel Geld bekommt dieser Mensch für die Unter-stützung?

Darum geht es in dem Fragebogen:

	Pflege und Ernährung
	Kleidung und Beweglich-keit
	Alltag und Freizeit
	Sicherheit und Umgang mit Gefühlen
	Schwie-riges Verhalten

Pflege und Ernährung

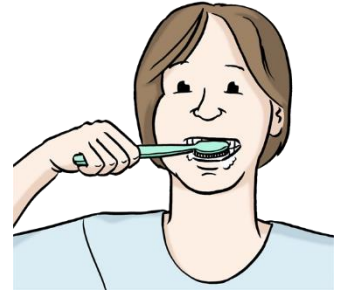
1. Pflege und Ernährung.

1.1. Körper-pflege und Medikamente.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung bei der Körper-pflege.

Zum Beispiel:

- Sie müssen Ihre Zähne putzen.
- Sie müssen aufs WC.
- Sie müssen Ihren Körper eincremen.



Oder Sie nehmen Medikamente.

Und Sie brauchen dabei Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand gibt Ihnen Ihre Medikamente.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Pflege und Ernährung

1.2. Besondere medi-zinische Pflege.

Vielleicht brauchen Sie besondere medi-zinische Pflege.

Diese medi-zinische Pflege muss eine **Pflege-fachperson** machen.

Zum Beispiel:

- Die Person spritzt Ihnen Medikamente.
- Die Person misst Ihren Blut-druck.
- Die Person richtet ein Atem-gerät für Sie ein.
- Sie haben **Epi-lepsie**?

Dann versorgt die Person Sie nach einem Anfall.

- Die Person behandelt Ihre Wunden.
- Sie machen eine Physio-therapie?

Dann müssen Sie regelmässig Übungen machen.

Die Person hilft Ihnen dabei.

- Die Person legt einmal in der Woche Ihre Medi-kamente bereit.
- Oder Sie machen manches selbst.

Aber die Person hilft Ihnen dabei.

Pflege-fachperson:

Früher war das Wort dafür:
„Kranken-schwester“ oder
„Kranken-pfleger“.

Epi-lepsie:

Epilepsie ist eine Krankheit.
Ein Mensch hat Epi-lepsie?
Dann hat der Mensch
Manchmal einen Anfall:

- Der Mensch hat Krämpfe.
- Und der Mensch fällt in Ohnmacht.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Pflege und Ernährung

1.3. Unter-stützung beim Essen und Trinken.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung beim Essen und Trinken.

Zum Beispiel:

- Jemand gibt Ihnen zu trinken.
- Jemand gibt Ihnen zu essen.



Vielleicht hat Ihr Arzt gesagt:

- Darauf müssen Sie beim Essen achten.
- So viel sollen Sie essen.
- Sie dürfen bestimmte Sachen **nicht** essen.

Dann erinnert Sie jemand daran.

Dann vergessen Sie es **nicht**.

Auch das ist eine Unter-stützung.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

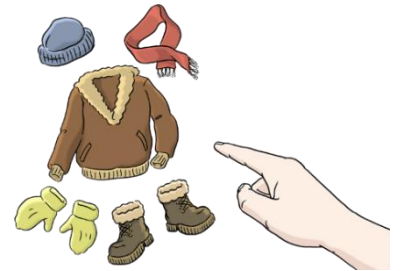
2. Kleidung und Beweglichkeit.

2.1. Kleider anlegen.

Vielleicht brauchen Sie Unterstützung beim Anlegen von Ihren Kleidern.

Zum Beispiel:

- Jemand legt mit Ihnen zusammen Ihre Kleider bereit.
- Sie schauen zusammen:
 - Passen die Kleider zu-einander?
 - Passen die Kleider zum Wetter?
- Jemand hilft Ihnen beim Anlegen von Ihren Kleidern.
- Oder jemand hilft Ihnen beim Anlegen von Hilfs-mitteln.
Hilfs-mittel sind zum Beispiel Stütz-strümpfe.
Oder Arm-schienen.



Wie oft brauchen Sie diese Unterstützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegentlich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regelmässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	--	---	---	---

2.2. Wechsel von der Körper-stellung.

Vielleicht haben Sie eine Behinderung vom Körper.

Oder Sie haben eine andere Behinderung.

Und Sie wollen Ihre Körper-stellung verändern.

Aber das fällt Ihnen schwer.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Und jemand hilft Ihnen dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand hilft Ihnen beim Aufstehen.
- Jemand hilft Ihnen beim Hinlegen oder beim Absitzen.
- Sie können sich im Bett **nicht** selbst umdrehen?
Dann hilft Ihnen jemand dabei.
- Sie können sich **nicht** selbst in Ihren Rollstuhl setzen?
Oder Sie können **nicht** selbst Ihren Rollstuhl verlassen?
Dann hilft Ihnen jemand dabei.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

2.3. Fort-bewegung in der Wohnung oder im Haus.

Vielleicht haben Sie eine Körper-behinderung.

Und die Fort-bewegung in der Wohnung und im Haus fällt Ihnen schwer.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Und jemand hilft Ihnen dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand hilft Ihnen beim Öffnen von Türen.
- Oder jemand hilft Ihnen beim Schliessen von Fenstern.
- Jemand unter-stützt Sie beim Gehen in der Wohnung.
- Jemand hilft Ihnen in den Rollstuhl.

Oder jemand gibt Ihnen Tipps.

Zum Beispiel:

- So können Sie das Fenster selber öffnen.
- Oder so können Sie selber vom Rollstuhl ins Bett kommen.



Vielleicht laufen Sie manchmal weg.

Und Sie bringen sich dadurch selber in Gefahr.

Dann passt jemand auf Sie auf.

Auch das ist eine Unter-stützung.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

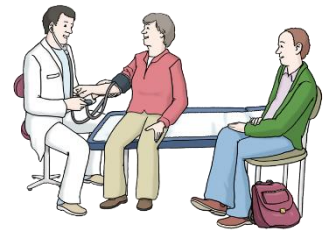
Kleidung und Beweg-lichkeit

2.4. Fort-bewegung draussen.

Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung draussen bei der Fort-bewegung.

Zum Beispiel:

- Jemand schiebt Ihren Rollstuhl.
- Jemand begleitet Sie beim Tramfahren.
- Jemand begleitet Sie zum Arzt oder zur Therapie.
- Jemand begleitet Sie zum Amt oder in den Ausgang.
- Jemand begleitet Sie auf dem Weg zur Tages-struktur.
- Vielleicht finden Sie Ihren Weg **nicht** gut.



Dann hilft Ihnen jemand.

Dann verirren Sie sich **nicht**.

- Vielleicht laufen Sie manchmal weg.
Und Sie bringen sich dadurch selber in Gefahr.
Dann begleitet Sie jemand.
Auch das ist eine Unter-stützung.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

3. Alltag und Freizeit.

3.1. Unter-stützung bei den Aufgaben im Alltag.

Aufgaben im Alltag sind zum Beispiel:

- Einkaufen.
- Kochen und die Küche aufräumen.
- Die Wohnung putzen und Wäsche waschen.
- Rechnungen bezahlen.
- Briefe an Ämter schreiben.
- Ihre Kinder erziehen.
- Ihre Partner-schaft pflegen.
- Freund-schaften pflegen.



Vielleicht brauchen Sie Unter-stützung dabei.

Zum Beispiel:

- Jemand erledigt etwas für Sie.
- Jemand gibt Ihnen Tipps.
Dann können Sie es selber machen.
- Jemand überlegt mit Ihnen zusammen:
 - Welche Ziele wollen Sie erreichen.
 - Und wie können Sie diese Ziele erreichen?
- Die Person schaut mit Ihnen:
Haben Sie die Ziele erreicht?
- Sie haben zum Beispiel Fragen zu Ihrer Sexualität?
Dann spricht jemand mit Ihnen darüber.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Alltag und Freizeit

3.2. Unter-stützung bei der Freizeit.

Sie wollen **selber** etwas in Ihrer Freizeit unter-nehmen?

Dann brauchen Sie vielleicht Unter-stützung dabei.

Was gehört zur Freizeit?

Zum Beispiel:

- Hobbys.
- Sport.
- Sie sind in einem Verein.
- Ent-spannung und Erholung.
- Theater oder Kino.



Vielleicht brauchen Sie dabei Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand sucht mit Ihnen Ideen.
- Jemand überlegt mit Ihnen:
Was können Sie in Ihrer Freizeit machen?
- Jemand begleitet Sie.
- Jemand plant mit Ihnen einen Ausflug.
- Jemand gibt Ihnen Tipps.

Dann können Sie selbst-ständig etwas unter-nehmen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

4. Sicherheit und Umgang mit Gefühlen.

4.1. Unter-stützung, wenn Sie wütend sind.

Vielleicht werden Sie schnell wütend.

Und dann schlagen Sie andere Menschen.

Oder Sie verletzen sich selbst.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand ist in Ihrer Nähe.
- Jemand beruhigt Sie.
- Jemand spricht danach mit Ihnen.
- Jemand überlegt sich mit Ihnen:
 - Wie können Sie besser mit Ihrer Wut umgehen?
 - Wie können Sie sich anders verhalten?
- Vielleicht muss man auch etwas tun:

Zum Beispiel:

Jemand geht mit Ihnen aus dem Raum.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Sicherheit und Umgang mit Gefühlen

4.2. Schutz für Sie und andere Menschen.

Vielleicht bringen Sie manchmal andere Menschen in Gefahr.

Zum Beispiel:

- Sie verletzen andere Menschen.

Oder Sie bringen sich selbst in Gefahr.

Zum Beispiel:

- Sie schlagen mit dem Kopf gegen eine Wand.
- Oder Sie wollen **nichts** mehr essen.



Dann muss man bestimmte Dinge mit Ihnen machen.

Auch wenn Sie das im Moment **nicht** wollen.

Dafür gibt es bestimmte Regeln.

Fragen Sie zum Beispiel Ihre Bezugs-person.

Zum Beispiel:

- Sie sollen den Raum **nicht** verlassen.
Deshalb schliesst jemand die Tür ab.
- Sie sollen sich **nicht** verletzen.
Deshalb hält jemand Sie fest.
- Sie sollen sich beruhigen.
Deshalb gibt jemand Ihnen Medi-kamente.
- Sie sollen **nicht** verhungern.
Deshalb gibt jemand Ihnen zu essen.
- Jemand nimmt Ihnen Ihr Handy weg.

Vorher oder nachher spricht jemand mit Ihnen darüber.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Sicherheit und Umgang mit Gefühlen

4.3. Betreuung in der Nacht.

Vielleicht brauchen Sie in der Nacht eine Betreuung.

Dafür stellen wir Ihnen 2 Fragen.

Zuerst müssen wir wissen:



Welche Betreuung brauchen Sie in der Nacht?

Bitte machen Sie ein Kreuz an der richtigen Stelle:

<u>Keine</u> Nacht-betreuung	Ich brauche nicht Betreuung in der Nacht.	<input type="radio"/>
Nacht-bereit-schaft	Ich muss meine Begleit-person in der Nacht anrufen können.	<input type="radio"/>
Nacht-pikett	Meine Begleit-person muss bei mir in der Wohnung schlafen.	<input type="radio"/>
Nachtwache	Meine Begleit-person muss in der Wohnung sein. Die Begleit-person muss wach sein.	<input type="radio"/>

Und dann müssen wir wissen:

Wie oft brauchen Sie die Betreuung in der Nacht?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

5. Schwie-riges Verhalten.

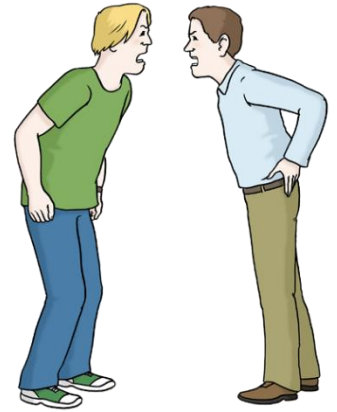
5.1. Unter-stützung bei Streit und Zer-störung.

Vielleicht fangen Sie oft Streit an.

Und der Streit wird richtig schlimm.

Zum Beispiel:

- Sie schreien andere Menschen an.
Und Sie beleidigen diese Menschen.
- Sie machen Sachen kaputt.
Zum Beispiel zerstören Sie teure Geräte.



Sie können **nichts** dagegen tun?

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand beruhigt Sie.
- Jemand spricht mit Ihnen.
- Jemand berät Sie:
So können Sie Streit vermeiden.
- Jemand räumt danach auf.
- Jemand repariert danach den Schaden.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Schwie-riges Verhalten

5.2. Nähe zu Ihren Mitmenschen.

Vielleicht wissen Sie **nicht**:

Wie nah darf ich meinen Mit-menschen kommen?

Zum Beispiel:

- Sie fassen eine Person an.
Oder Sie umarmen die Person.
Aber diese Person will das **nicht**.
- Sie verfolgen eine Person.
Aber diese Person will das **nicht**.



Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand begleitet Sie.
- Sie sollen anderen Menschen **nicht** zu nahe treten.
Deshalb spricht jemand mit Ihnen über Ihr Verhalten.
- Sie haben Autismus?
Oder Sie haben eine Verletzung vom Hirn?

Dann merken Sie vielleicht **nicht**:

Wie nah darf ich meinen Mit-menschen kommen?

Deshalb brauchen Sie eine besondere Unter-stützung.

- Vielleicht haben Sie früher Missbrauch erlebt.
Und vielleicht kommen Ihnen auch jetzt andere Menschen oft zu nah.
Dann kann Ihnen jemand helfen.

Und Sie lernen:

So schütze ich mich vor anderen Menschen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Schwie-riges Verhalten

5.3. Unter-stützung bei „auf-fälligem Verhalten“.

Vielleicht denken andere Menschen:

Sie verhalten sich manchmal sehr auffällig.

Was ist damit gemeint?

Zum Beispiel:

- Sie haben „Angst-zustände“.

Was sind Angst-zustände?

Sie haben manchmal sehr grosse Angst.

Und Sie verkriechen sich dann in Ihrem Zimmer.

Oder Sie wollen davon-laufen.

- Sie haben „De-pressionen“:

Was sind De-pressionen?

Sie sind dann vielleicht sehr traurig.

Sie wollen gar **nichts** mehr tun.

Sie wollen am liebsten nur noch im Bett liegen.

Und Sie wollen vielleicht am liebsten sterben.

- Sie haben eine Sucht:

Sie sind zum Beispiel alkohol-krank.

Oder Sie spielen vielleicht den ganzen Tag mit dem Handy.

Sie verhalten sich manchmal sehr auffällig?

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand spricht mit Ihnen über Ihre Ängste.
- Jemand berät Sie:

So können Sie besser mit Ihrer Sucht umgehen.

Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---



Schwie-riges Verhalten

5.4. Probleme mit der Sexualität.

Vielleicht haben Sie Probleme mit Ihrer Sexualität.

Zum Beispiel:

- Sie zwingen jemand zu sexuellen Handlungen.
- Sie wünschen sich bestimmte sexuelle Handlungen.

Aber diese Handlungen sind **nicht** erlaubt.

Dann brauchen Sie Unter-stützung.

Zum Beispiel:

- Jemand berät Sie:

So können Sie Ihre Sexualität besser kon-trollieren.



Wie oft brauchen Sie diese Unter-stützung?

<input type="checkbox"/> selten 0 bis 2 Mal pro Monat.	<input type="checkbox"/> gelegent-lich 1 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> regel-mässig 2 bis 6 Mal pro Woche.	<input type="checkbox"/> oft 1 Mal täglich.	<input type="checkbox"/> sehr oft mehrmals täglich.
--	---	--	---	---

Sie haben den Fragebogen ausgefüllt?

Dann schicken Sie den Fragebogen an die FAS.

Hier ist die Adresse:

FAS – Fachliche Abklärungs-stelle beider Basel

Haupt-strasse 109

4102 Binningen

Telefon: 061 425 25 25

E-Mail: fasbbs@sva-bl.ch