

Erstkontaktbogen

Ansprechpartner/in

| | |
|--|----------------------|
| Carolin Grömping; Esther Sprenke (Sozialer Dienst) | Tel.: 02551/83360-10 |
| E-Mail: sozialerdienst@camphill-steinfurt.de | Fax: 02551/83360-11 |

Interessent/in

| | | |
|--|--|---------|
| Name, Vorname | | |
| Straße/Hausnr. | | |
| PLZ/Ort | | |
| Telefonnummer | | |
| E-Mail: | | |
| Geburtsdatum: | | Alter: |
| Schule/ aktuelle Beschäftigung | | Klasse: |
| Behinderungsbild/ Diagnosen | | |
| Allergien/ Unverträglichkeiten | | |
| Wollen Sie ein Schülerpraktikum bei uns machen? | | |
| Wollen Sie bei uns in den Berufsbildungsbereich? | | |
| Wollen Sie bei uns arbeiten? | | |
| Haben Sie Interesse an einem speziellen Werkstattbereich? | | |
| Wollen Sie bei uns wohnen? | | |
| Benötigen Sie in einer Wohngruppe rund um die Uhr Betreuung? | | |
| Können Sie in einer Wohngruppe mit stundenweiser Betreuung wohnen? | | |

| | |
|----------------|--|
| Name, Vorname | |
| Straße/Hausnr. | |
| PLZ/Ort | |
| Telefonnummer | |
| E-Mail | |

Bitte fügen Sie folgende Unterlagen bei:

- Arztbericht mit Diagnosen
- Letztes Schulzeugnis oder Arbeitszeugnis

Benötigen Sie beim Essen/ Trinken Begleitung in Form von

- Essen zerkleinern
- Essen anreichern
- Erinnerungen an Flüssigkeitsaufnahme
- Sonstiges: _____

Benötigen Sie Unterstützung bei der Körperpflege?

- Witterungsgerechte Kleidung auswählen
- Anziehen
- Waschen
- Duschen
- Toilettengang
- Monatshygiene
- Sonstiges: _____

Welche Angewohnheiten sind zu beachten?

Welche Auffälligkeiten sind zu beachten?
