

Wohngemeinschaft:	
Datum:	
Name der versorgten Person:	
weitere teilnehmende Personen:	

Ist die versorgte Person mit dem Besuch in seinem Zimmer einverstanden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Ist eine verbale/nonverbale Kommunikation möglich?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Wirkt die versorgte Person zum Zeitpunkt des Gespräches orientiert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:			

Bewohnerbezogene Feststellungen		
Die versorgte Person befindet sich in einem augenscheinlich gepflegten Zustand	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum?		
Nägel im Sichtbereich wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum?		
Haare wirken gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum?		
Liegen Hämatome im Sichtbereich vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wo und warum?		
Kleidung der versorgten Person ist der Temperatur angemessen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum?		
Kleidung der versorgten Person wirkt sauber und gepflegt	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum?		
Aktuell Anwendung von FEM (Prüfung im Rahmen der Vollerhebung, wenn FEM bis dahin nicht bekannt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn ja, was und warum?
Anderweitige Auffälligkeiten:
Erläuterung:

Räumliche Ausstattung		
Das Zimmer der versorgten Person wirkt individuell eingerichtet.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
(wenn feststellbar) Im Zimmer besteht die technische Möglichkeit zum Anschluss von:		
Telefon	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
TV	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Radio	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Internet	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hat die versorgte Person die Möglichkeit (z. B. mit einem geeigneten Rufsystem) bei Bedarf nach Hilfe zu rufen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, welche Möglichkeiten bestehen für versorgte Personen, bei Bedarf auf sich aufmerksam zu machen?		
Die sanitären Anlagen verfügen über geeignete Haltegriffe.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Eine Rufanlage im Sanitärbereich ist vorhanden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Verlängerung der Rufanlage hängt max. 30 cm über den Boden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Rufanlage vom Bett aus bedienbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zimmer ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sanitärraum ist verschließbar	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Erläuterungen:		

Gesprächseinstieg:		
Seit wann leben Sie in der Wohngemeinschaft?		
Fühlen Sie sich in der Wohngemeinschaft wohl?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

wertschätzender Umgang		
Sind die Mitarbeitenden höflich und freundlich? Fühlen Sie sich wertgeschätzt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, wie äußert sich das?		
Nehmen sich die Mitarbeitenden ausreichend Zeit für Sie?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Mitarbeitenden mit denen Sie Sie nicht zurecht kommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum nicht?		
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dürfen Sie selbst entscheiden, ob die Mitarbeitenden Sie mit „Sie“ oder „du“ ansprechen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Klopfen alle Mitarbeitenden vor Betreten Ihres Zimmers an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Sicherheit - Rufanlage		
Wenn Sie Hilfe brauchen, wie informieren Sie die Mitarbeitenden?		
Haben Sie einen Notruf im Zimmer?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Empfinden Sie den Zeitraum, den Sie nach dem Klingeln auf einen Mitarbeitenden warten müssen, angemessen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht?
Bemerkungen:

Betreuung		
Werden Ihnen mehrmals wöchentlich Beschäftigungsangebote unterbreitet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Welche Beschäftigungsangebote werden Ihnen normalerweise unterbreitet?		
Woher wissen Sie, welche Angebote stattfinden?		
Wissen Sie, wo die Angebotspläne (falls vorhanden) aushängen?		
Sind Sie mit den Betreuungsangeboten zufrieden? Entsprechen sie Ihren Interessen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Beschäftigungsangebote einbringen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird Ihnen der Aufenthalt im Freien ermöglicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Gewalt		
Wurde Ihnen eingeforderte Hilfe schon einmal verwehrt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie äußerte sich das?		
Wurden Sie schon einmal herabwürdigend oder genervt durch die Mitarbeitenden angesprochen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie während der Pflege schon einmal so derb angefasst, dass Ihnen dies unangenehm war?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie es schon einmal vermieden um Hilfe zu fragen, weil Sie Angst haben zu stören?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden Sie auf das Gewaltschutzkonzept der Wohngemeinschaft aufmerksam gemacht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Beschwerdemanagement		
Ist Ihnen bekannt, wer Leistungsanbieter ist?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wurden Sie darüber informiert, dass Sie sich beschweren können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
An wen wenden Sie sich, wenn Ihnen etwas nicht gefällt oder wenn es Probleme gibt?		
Kennen Sie die Sprechzeiten der Verantwortlichen? Oder wissen Sie wie und wo Sie diese erreichen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich schon einmal beschwert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, worüber haben Sie sich beschwert?		
Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Verwaltung von Geldern und Wertsachen		
Werden durch den Leistungsanbieter Gelder oder Wertsachen von Ihnen verwaltet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie können Sie sich Ihre Gelder auszahlen lassen?		
Bemerkungen:		

Transparenz und Informationspflichten		
Wurden Sie in Kenntnis gesetzt, dass Sie ein den Prüfbericht der zuständigen Behörde Einsicht nehmen können?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Beteiligungs- und Einsichtsrechte		
Werden Sie in die Erstellung und Durchführung der Pflege- und Betreuungsmaßnahmenplanung mit einbezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihren Wohnraum selbst gestalten und möblieren?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen eigenen Zimmerschlüssel?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Entscheiden Sie mit, wenn neue versorgte Personen einziehen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Kennen Sie Ihr Mitentscheidungsrecht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Können Sie bei der Gestaltung des Gemeinschaftsraumes mitentscheiden? Werden Sie bei Veränderungen miteinbezogen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Teilhabe am Leben der Gemeinschaft und selbstständige Lebensführung		
Können Sie an Veranstaltungen der örtlichen Gemeinschaft teilnehmen bzw. werden Sie dabei unterstützt? (z.B. kulturelle Veranstaltungen, örtliche Feste, Wochenmarkt etc)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gehören Sie einer Konfession an?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wird Ihnen die Ausübung Ihres Glaubens ermöglicht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Inwieweit ist es Ihnen möglich an der Haushaltsführung aktiv teilzunehmen?		
Können Sie bei der Erstellung der Einkaufsliste für die Wohngemeinschaft mitwirken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Ist es möglich den Einkauf zu begleiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		
Mahlzeiten/Getränke		
Können Sie entscheiden, wo Sie Ihre Mahlzeiten einnehmen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit dem Frühstück und dem Abendbrot in der Einrichtung zufrieden? (Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Sind Sie mit dem Mittagessen in der Einrichtung zufrieden? (Gesprächshinweis: Erläuterung zu Menge, Geschmack, Temperatur und Abwechslung)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Wissen Sie was es heute zum Mittagessen gibt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wissen Sie, wo die Speisepläne hängen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie bei der Speiseversorgung verschiedene Auswahlmöglichkeiten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wird Ihnen auf Wunsch frisches Obst und Gemüse angeboten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Können Sie Ihre Wünsche und Vorschläge hinsichtlich der Mahlzeitenversorgung einbringen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Gibt es Ihrerseits Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Mahlzeiten?		
Bemerkungen:		
Körperpflege		
Können Sie selbst über den Zeitpunkt der eigenen Körperpflege entscheiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Werden bei der Körperpflege Ihre Gewohnheiten berücksichtigt (eigenes Deo, Gesichtscreme, Rasierwasser etc)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Können Sie entscheiden, wie häufig sie duschen bzw. baden möchten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, warum nicht?		
Bemerkungen:		

Gesprächsabschluss:		
Habe Sie noch Fragen oder Wünsche an uns? Sorgen?		