|  |  |
| --- | --- |
| Datum der Selbsteinschätzung | (Tag/Monat/Jahr) |
| **Ihre Angaben** |  |
| Name und Vorname |  |
| [Bildergebnis für ahv versicherungsausweis](http://www.google.ch/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjhqraVmfbPAhWE0hoKHQJ1C-4QjRwIBw&url=http://www.aza.ch/seite.php?seitenid%3D32&psig=AFQjCNHX6AXEqdRda1dtZxXveRbKMqVblQ&ust=1477493177855385) | Sozialversicherungsnummer:  756.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_ |

**Falls Ihnen eine Person beim Ausfüllen der Selbsteinschätzung hilft, geben Sie bitte Folgendes an**

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Vorname |  |
| Telefonnummer für Rückfragen |  |
| Funktion *(z.B. Bezugsperson; Therapeut/in; gesetzliche Vertretung etc.)* |  |

**Brauchen Sie Hilfsmittel zum Ausfüllen der Selbsteinschätzung?**

|  |
| --- |
| Bitte Zutreffendes ankreuzen und ergänzen:  Bilder  Gebärdensprache  Sprachcomputer  Andere Hilfsmittel: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Bei welcher Institution nutzen Sie ein Wohn-Angebot?**

|  |  |
| --- | --- |
| Name der Institution |  |

***Hinweise und Informationen zum Ausfüllen der Selbsteinschätzung:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Wichtige Informationen*** *zum korrekten Ausfüllen der Selbsteinschätzung finden Sie im Dokument „Wegleitung zur Individuellen Bedarfsermittlung mit IBBplus“. Bitte beachten Sie dabei insbesondere die Hinweise zur Bestimmung der* ***Häufigkeit*** *benötigter Unterstützungsleistungen.* | | |
| ***Weitere Unterstützung*** *erhalten Sie bei den INBES (Informations- und Beratungsstellen):* | | |
| ***INBES Stiftung Rheinleben***  *061 686 92 22*  [*inbes@rheinleben.ch*](mailto:inbes@rheinleben.ch)  [*www.rheinleben.ch/beratung/inbes/*](http://www.rheinleben.ch/beratung/inbes/)  *https://www.asb.bs.ch/.imaging/stk/webbs-desktop/teaser-extras/dam/asb/logos/stiftung-rheinleben.png/jcr:content/stiftung-rheinleben.png.png* | ***INBES Stiftung Mosaik***  *058 775 28 00*  [*inbes@stiftungmosaik.ch*](mailto:inbes@stiftungmosaik.ch)  [*www.stiftungmosaik.ch/inbes*](http://www.stiftungmosaik.ch/inbes)  *Stiftung-Mosaik* | ***INBES peerwärts***  *061 551 04 03*  [*kristin.metzner@peerwaerts.ch*](mailto:kristin.metzner@peerwaerts.ch)  [*www.peerwaerts.ch/inbes*](http://www.peerwaerts.ch/inbes)  *cid:image009.png@01D5F210.E1BB6190* |

**1. Pflege und Ernährung**  
**1.1 Körperpflege und Medikamenteneinnahme**  
Unterstützung im Bereich der Körperpflege und/oder Medikamenteneinnahme kann zum Beispiel folgende Bereiche umfassen:

* Zähneputzen, Duschen, Eincremen
* Unterstützung beim Toilettengang
* Medikamentenabgabe
* kontrollierte Medikamenteneinnahme (Tabletten, Tropfen)

*Hinweise: Sollten Sie beim regelmässigen Richten Ihrer Medikamente (z.B. Dosett) Unterstützung durch eine Pflegefachperson benötigen, geben Sie dies bitte bei Punkt 1.2 an.*

*Benötigte Unterstützung bei Transfersituationen (z.B. beim Wechsel vom Bett in den Rollstuhl) geben Sie bitte unter Punkt 2.2 an.*

Wie oft brauchen Sie bei der **Körperpflege und/oder Medikamenteneinnahme** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**1.2 Besondere medizinische Massnahmen**

Hier werden nur besondere medizinische Massnahmen erfasst, welche durch eine Pflegefachperson ausgeführt oder angeleitet werden. Dazu gehören zum Beispiel:

* Insulin spritzen
* Messen von Blutdruck
* komplexe Atemgeräte einrichten
* Begleitung bei Epilepsie-Anfällen
* Medizinische Wundversorgung (auch Einführen von Sonden und Kathetern)
* Zeitintensive 1:1-Umsetzung von physiotherapeutischen Anordnungen
* Einmal wöchentliches Richten von Medikamenten

*Hinweis: Sollten Sie Unterstützung in Form einer Begleitung auf dem Weg in die Arzt-/Therapiepraxis benötigen, geben Sie dies bitte bei Punkt 2.4 an.*

Wie oft brauchen Sie bei **besonderen** **medizinischen Massnahmen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**1.3 Nahrungseinnahme**  
Unterstützung bei der Ernährung (Essen und Trinken) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Nahrung eingeben
* Hilfestellung wie Zerkleinern des Essens, Unterstützen beim Trinken etc.
* Kontrolle der Menge und Art von Lebensmitteln und Getränken (wenn medizinisch begründet, z.B. bei Diabetes)

*Hinweise: Sollten Sie besondere Unterstützung aufgrund einer Essstörung benötigen, geben Sie diese bitte unter Punkt 5.3 an.*

*Benötigte Unterstützung zur Zubereitung von Mahlzeiten kann unter Punkt 3.1 angegeben werden.*

Wie oft brauchen Sie bei der **Nahrungseinnahme** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**2. Bekleidung und Mobilität**  
  
**2.1 Ankleiden**  
Unterstützung beim Ankleiden kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Kleiderwahl besprechen und gemeinsam bereit legen (zueinander und zur Witterung passende Kleidung)
* Erklären, wie man Kleider und Hilfsmittel richtig an- und auszieht
* Stellvertretendes An- und Ausziehen von Kleidern und orthopädischen Hilfsmitteln wie Armschienen, Korsetts, Stützstrümpfen und Prothesen

Wie oft brauchen Sie beim **Ankleiden** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**2.2 Transfersituationen**  
Unterstützung bei Transfersituationen kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Unterstützung beim Aufstehen, Absitzen oder Hinlegen
* Unterstützung beim Positionswechsel im Liegen oder Sitzen
* Transfer aus dem / in den Rollstuhl

Wie oft brauchen Sie bei **Transfersituationen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**2.3 Mobilität innerhalb des Hauses / der Wohneinheit**  
Hier handelt es sich zum Beispiel um folgende Tätigkeiten, damit sich Sie sich in Ihrer Wohnumgebung frei bewegen können:

* Unterstützen beim Öffnen / Schliessen von Türen oder Fenstern
* Unterstützung beim Gehen oder zur Fortbewegung im Rollstuhl
* Anleiten zur Fortbewegung
* Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit einer Weglauftendenz

*Hinweis: Wenn Sie Unterstützung bei der Mobilität ausserhalb des Hauses / der Wohneinheit brauchen, geben Sie dies bitte bei der nächsten Frage 2.4 an.*

Wie oft brauchen Sie bei der **Mobilität innerhalb des Hauses / der Wohneinheit** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**2.4 Mobilität ausserhalb des Hauses / der Wohneinheit**  
Unterstützung bei der Fortbewegung ausserhalb des Hauses / Wohneinheit umfasst zum Beispiel folgende Tätigkeiten:

* Unterstützung beim Gehen oder zur Fortbewegung im Rollstuhl
* Unterstützung beim Benützen von Tram, Bus oder Zug
* Begleitung bei Arzt- und Therapiebesuchen, zu Behörden oder im Ausgang
* Besprechen von und Unterstützung bei Orientierungsschwierigkeiten
* Einzelbegleitung auf dem Weg zur Tagestruktur (Werk- oder Tagesstätte) durch Mitarbeitende des Wohnbereichs
* Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit einer Weglauftendenz

Wie oft brauchen Sie bei der **Mobilität ausserhalb des Hauses / der Wohneinheit** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3. Lebenspraktiken**  
  
**3.1 Lebenspraktische Fähigkeiten und soziale Integration**  
Unterstützung bei lebenspraktischen Fähigkeiten und sozialer Integration umfasst zum Beispiel folgende Bereiche:

* Gemeinsam mit Ihnen ausgeführte haushälterische Tätigkeiten wie Einkaufen für den täglichen Bedarf, Zubereitung von Mahlzeiten, Ordnung halten in der Küche, Putzen und Pflege der Wohnräume oder Wäsche waschen
* Administrative und finanzielle Aufgaben wie Kontoführung, Rechnungen bezahlen, Budgetberatung, Korrespondenzen (z.B. Rente, Ergänzungsleistungen oder Steuern)
* Unterstützungsleistungen im Bereich der Kommunikation
* Individuelle Begleitung und Unterstützung betreffend Partizipation und sozialer Integration wie Ratschläge geben, Selbstbestimmung ermöglichen/fördern oder Situationen reflektieren zu Themen wie: Partnerschaft und Sexualität, Erziehung der Kinder, Gestaltung von sozialen Kontakten (auch auf der Wohngruppe) etc.
* Hilfen und Anleitungen zur grösseren Selbständigkeit im Alltag. Dazu gehört auch die individuelle Entwicklungsplanung (Vereinbaren, Festhalten und Überprüfen von Zielen).

*Hinweis: Bitte geben Sie die konkrete Unterstützung für die Erreichung der Ziele bei der Frage an, die zum Thema des Zieles passt. Betrifft das Ziel die Lebenspraktiken, geben Sie die benötigte Unterstützung zur Zielerreichung bitte hier an. Wenn Sie z.B. im Bereich der Freizeitaktivitäten ein Ziel haben, können Sie die benötigte Unterstützung bei Punkt 3.2 angeben.*

Wie oft brauchen Sie **bei lebenspraktischen Fähigkeiten und sozialer Integration** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**3.2 Freizeitaktivitäten**

Einzelbegleitung und Unterstützung bei Freizeitaktivitäten (z.B. Sport, Vereinsaktivitäten, Entspannung & Erholung, Theater- oder Kinobesuch, weitere Hobbies) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Suche von Ideen für die Freizeitgestaltung
* Planen, Organisieren und Befähigen zur eigenständigen Ausführung von Aktivitäten sowie Begleitung bei der Ausführung

*Hinweise: Hier wird nur die Unterstützung erfasst, die für individuelle Freizeitaktivitäten erforderlich ist. Wenn Sie in einer Institution wohnen und Unterstützung bei internen Gruppenaktivitäten brauchen, gehört dies zu den Grundleistungen der Institution und wird hier in der Regel nicht angegeben. Ausnahme: Sollten Sie innerhalb der Gruppe spezielle Unterstützung benötigen, z.B. für die Arbeit an einem vereinbarten Ziel, dann können Sie dies hier angeben. Von einer Gruppe wird ab drei begleiteten Personen plus Begleitperson ausgegangen.*

*Wenn Sie nur auf dem Weg zur Freizeitaktivität Begleitung benötigen, geben Sie dies bitte unter Punkt 2.4 an.*

Wie oft brauchen Sie bei **Freizeitaktivitäten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**4. Sicherheit und Stabilität**  
  
**4.1 Auto- und Fremdaggressionen**  
Unterstützung im Umgang mit Auto- und Fremdaggressionen kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Gezieltes in der Nähe stehen oder eingreifen
* Nachbesprechen von schwierigen Situationen
* Entwickeln von Handlungsalternativen
* Massnahmen zur Verhinderung von auto- und fremdaggressivem Verhalten
* Massnahmen zur Stabilisierung der Situation

*Hinweise: Sollten Sie wegen Zerstörung von Gegenständen und extremen Konfliktsituationen Unterstützung brauchen, geben Sie dies bitte unter Punkt 5.1 an.*

*Sollten Sie Unterstützung wegen aggressiven Verhaltens mit sexuellem Hintergrund brauchen, geben Sie dies bitte unter Punkt 5.4 an.*

Wie oft brauchen Sie beim **Umgang mit Auto- und Fremdaggressionen** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**4.2 Erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen**  
Unterstützung in Form von Freiheits- bzw. bewegungseinschränkenden Massnahmen gemäss Erwachsenenschutzrecht[[1]](#footnote-1), um eine Gefährdung oder Verletzung von Ihnen oder anderen Personen abzuwenden, kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Bewegungseinschränkende Massnahmen wie das befristete Abschliessen von Türen oder das Festhalten in Krisen- oder schweren Konfliktsituationen
* Zwangsmedikation oder Zwangsernährung
* Wegnahme von Kommunikationsmitteln wie z.B. dem Handy
* Neben der Durchführung der Massnahmen gehören dazu auch Vor- und Nachbesprechungen, sowie der ausserordentliche Dokumentationsaufwand und die Überprüfung der Massnahmen

*Hinweise: Die genannten Massnahmen unterliegen bestimmten Regeln, über die Sie die Institution informieren muss.*

*Bitte achten Sie darauf, hier nur die Unterstützung anzugeben, die nicht schon bei anderen Fragen angegeben wurde (z.B. bei der Abgabe von Medikamenten unter Punkt 1.1 oder bei der Betreuung in der Nacht unter Punkt 4.3)*

Wie oft brauchen Sie Unterstützung im Zusammenhang mit **Erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen**?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**4.3 Betreuung in der Nacht**  
Die Leistungen der Nachtbetreuung beginnen mit der vereinbarten Nachtruhe.

Der Unterstützungsbedarf wird mit zwei Fragen erfasst: Erstens in Bezug auf die Art der Unterstützung und zweitens in Bezug auf die Häufigkeit der Unterstützung.

**a) Welche Art von Betreuung brauchen Sie in der Nacht?**  
*Bitte geben Sie hier an, was Sie tatsächlich brauchen, nicht was das vorhandene Angebot ist (d.h. wenn Sie beispielsweise in einer Wohngruppe mit Nachtwache wohnen, selbst aber nur ein Nachtpikett benötigen, dann kreuzen Sie bitte "Nachtpikett" an).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **keine**  **Nachtbetreuung** | **Nachtbereitschaft** | **Nachtpikett** | **Nachtwache** |
| Sie benötigen keine Unterstützung in der Nacht. | Sie benötigen eine Nachtbereitschaft, d.h. die Begleitperson ist telefonisch erreichbar. | Sie benötigen ein Nachtpikett, d.h. die Begleitperson muss vor Ort schlafen. | Sie benötigen eine Nachtwache, d.h. die Begleitperson muss vor Ort und wach sein. |

**b) Wie oft brauchen Sie Betreuung in der Nacht?**

Betreuung wird umfassend verstanden, dazu gehören sowohl Interventionen (z.B. Unterstützung beim Toilettengang) als auch Sicherheitsmassnahmen (z.B. Kontrollgänge).

*Hinweis: Geben Sie bitte nur die Unterstützung an, welche individuell für Sie geleistet wird. Routinemässige Kontrollgänge, welche sowieso gemacht werden, gehören zur Grundleistung der Institution und werden hier nicht erfasst.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | 1x pro Nacht | mehrmals pro Nacht |

**5. Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen**  
  
**5.1 Kontrollverlust**  
Unterstützung bei Kontrollverlust (extreme verbale oder gewalttätige Konfliktsituationen oder zerstörerische Handlungen gegenüber Gegenständen oder Räumlichkeiten) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Eingreifen bei Kontrollverlust
* Besprechen von Konflikten und Handlungsoptionen
* Deeskalationsaufwand
* Reinigungs- und Instandsetzungsarbeiten (durch Begleitpersonal)

*Hinweise: Sollten Sie Unterstützung im Zusammenhang mit aggressivem Verhalten (Tätlichkeiten) gegenüber sich selbst und anderen Personen benötigen, erfassen Sie dies bitte unter Punkt 4.1.*

*Unterstützung im Zusammenhang mit erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen geben Sie bitte unter Punkt 4.2 an.*

Wie oft brauchen Sie beim **Umgang mit Kontrollverlust** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.2 Nähe und Distanz**  
Zur Unterstützung bei der angemessenen Gestaltung von Nähe und Distanz zu anderen Personen können zum Beispiel folgende Tätigkeiten gehören:

* Eingreifen bei oder Besprechen von ungebührlicher Nähe oder anstössigem Verhalten gegenüber anderen Personen
* Unterstützung und Befähigung zum Umgang mit Nähe und Distanz bei behinderungsbedingtem Bedarf (Autismus-Spektrum-Störung, Hirnverletzung)
* Unterstützung und Befähigung, Situationen von Verletzungen Ihrer persönlichen Integrität wahrzunehmen und abzuwehren
* Massnahmen der basalen Stimulation bei schwerstmehrfacher Beeinträchtigung

*Hinweise: Wenn Sie Unterstützung im Zusammenhang mit sozialer Integration benötigen, geben Sie dies bitte unter Punkt 3.1 an.*

*Sollten Sie Unterstützung zum Thema rechtlich abweichendes Sexualverhalten benötigen, können Sie dies unter Punkt 5.4 angeben.*

Wie oft brauchen Sie bei der **Gestaltung von Nähe und Distanz** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.3 Psychische Krankheitssymptome und behinderungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten**  
Unterstützung im Umgang mit psychischen Krankheitssymptomen und behinderungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten (z.B. aufgrund von Angstzuständen, Wahnvorstellungen, Depressionen, Essstörungen oder Suchtverhalten etc.) kann zum Beispiel folgende Tätigkeiten umfassen:

* Eingreifen in einer schwierigen Situation (z.B. Beruhigen, Begleiten)
* Nachbesprechen von schwierigen Situationen
* Entwickeln von alternativen Handlungsmöglichkeiten
* Umsetzung von Massnahmen, die Sie mit Ihrer Begleitperson oder anderen Fachpersonen (z.B. im Rahmen einer Therapie) besprochen haben

Wie oft brauchen Sie beim **Umgang mit psychischen Krankheitssymptomen und/oder behinderungsbedingten Verhaltensauffälligkeiten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**5.4 Rechtlich abweichendes Sexualverhalten**  
Unterstützung im Zusammenhang mit rechtlich abweichendem Sexualverhalten kann verschiedene Aspekte umfassen:

* Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit rechtlich abweichendem oder aggressivem Verhalten mit sexuellem Hintergrund

*Hinweis: Sollten Sie Unterstützung zu allgemeinen Fragen der Sexualität haben, geben Sie dies bitte unter Punkt 3.1 an.*

Wie oft brauchen Sie in Bezug auf **rechtlich abweichendes Sexualverhalten** Unterstützung?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **selten** | **gelegentlich** | **regelmässig** | **oft** | **sehr oft** |
| 0-2x pro Monat | 1x pro Woche | 2-6x pro Woche | einmal täglich | mehrmals täglich |

**Unterschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Sie haben den vorliegenden Bogen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt.  Sie erklären sich einverstanden, dass die FAS (Fachliche Abklärungsstelle) die Selbsteinschätzung im Rahmen der Bedarfsermittlung an weitere beteiligte Personen weitergeben sowie mit diesen Personen in Kontakt treten darf. | |
| Ihre Unterschrift |  |
| Unterschrift gesetzliche Vertretung (falls vorhanden) |  |

|  |
| --- |
| Die Selbsteinschätzung ist nun abgeschlossen. Bitte reichen Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Bogen hier ein:  **FAS** (Fachliche Abklärungsstelle beider Basel)  Hauptstrasse 109  4102 Binningen  061 425 25 25  https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/7/7d/Wappen_Basel-Stadt_matt.svg/220px-Wappen_Basel-Stadt_matt.svg.pnghttps://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/8/8e/Coat_of_arms_of_Kanton_Basel-Landschaft.svg/220px-Coat_of_arms_of_Kanton_Basel-Landschaft.svg.png[www.sva-bl.ch](http://www.sva-bl.ch)  [fasbbs@sva-bl.ch](mailto:fas@sva-bl.ch) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IBB-Indikatorenraster Wohnen GB / KB**  © Kantone AI AR GL GR SG SH TG ZH 2019 | | | | | | |
| |  | | --- | | ***Hinweis:*** *Folgendes Raster bitte* ***leer lassen****, es wird* ***durch die FAS*** *ausgefüllt. Die Punkte ergeben sich direkt aus Ihren Antworten in der Selbsteinschätzung.* | | | | | | | |
| **Nr** | **Themenbereiche** | **Indikatoren** | | | **Punkte** | **max. Pkt.** |
| **1** | Pflege und Ernährung | 1.1. Körperpflege und Medikamenteneinnahme | | |  | 4 |
| 1.2. Besondere medizinische Massnahmen | | |  | 8 |
| 1.3. Nahrungseinnahme | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **2** | Bekleidung und  Mobilität | 2.1. Ankleiden | | |  | 4 |
| 2.2. Transfersituationen | | |  | 4 |
| 2.3. Mobilität innerhalb des Hauses / der Wohneinheit | | |  | 4 |
| 2.4. Mobilität ausserhalb des Hauses / der Wohneinheit | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **3** | Lebenspraktiken | 3.1. Lebenspraktische Fähigkeiten und soziale Integration | | |  | 8 |
| 3.2. Freizeitaktivitäten | | |  | 4 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **4** | Sicherheit und  Stabilität | 4.1. Auto- und Fremdaggressionen | | |  | 8 |
| 4.2. Erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen | | |  | 8 |
| 4.3. Betreuung in der Nacht | | |  | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **5** | Psychische Beeinträchtigungen und herausfordernde Verhaltensweisen | 5.1. Kontrollverlust | | |  | 8 |
| 5.2. Nähe und Distanz | | |  | 8 |
| 5.3. Psychische Krankheitssymptome und behinderungsbedingte Verhaltensauffälligkeiten | | |  | 8 |
| 5.4. Rechtlich abweichendes Sexualverhalten | | |  | 8 |
|  |  |  |  | **Total IBB-Punkte** |  | **100** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **IBB-Stufe** |  | |
|  |  |  |  | **HE** |  | |
|  |  |  |  | **Gesamtstufe** |  | |

1. Eingeschlossen sind alle freiheitseinschränkenden Massnahmen gemäss kantonalen Richtlinien. [↑](#footnote-ref-1)