KID - JUGENDWOHNGRUPPE

***Träger**: Kontakt und Beratung Haidhausen "KID" e.V*

Anamnesebogen für die Bewerbung in der TJWG-KID

An KID-Jugendwohngruppe Kazmairstr. 19 80339 München Ansprechperson: Sophie Steinhardt (Stellvertretende Leitung) E-Mail: sophie.steinhardt@tjwg-kid.de Tel.: 089 50 20 40 4 Fax: 089 54 07 27 37	Datum:_____ Name, Vorname:_____ Geburtstag:_____ Telefon:_____ Mailadresse:_____ Name und Kontaktdaten (Telefon/Mailadresse/ Postadresse) der Sorgeberechtigten/Eltern: _____ _____

Liebe Jugendliche und junge Erwachsene,

uns ist bewusst, dass wir hier sehr konkrete und private Fragen stellen, die nicht immer einfach zu beantworten sind. Der Schritt, in eine Wohngruppe zu ziehen, fällt oft nicht leicht und wir wollen gemeinsam mit Ihnen gut klären, ob wir Ihnen einen Platz anbieten können, an dem Sie aufgehoben sind und an dem Sie - gemeinsam mit uns - an Ihren Themen arbeiten können. Wir bitten Sie deshalb, folgende Fragen so gut wie möglich zu beantworten. Es ist nicht schlimm, wenn der ein oder andere Punkt nicht bis ins kleinste Detail beantwortet ist, wir können dann ggfs. im Vorgespräch genauer darauf eingehen. :-)

1. Warum bewerben Sie sich in unserer Therapeutischen Wohngruppe?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Gibt es Problemlagen in der Familie?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Gibt es Problemlagen in der Schule/Arbeit?

Gibt es Probleme im sozialen Umfeld?

Gibt es Probleme mit Gefühlen, Gedanken und Verhalten?

Gibt es sonstige Problemlagen?

2. **Wer ist treibende Kraft für WG-Bewerbung?** (Eigener Wunsch /Eltern, SozPäd, Weisungsbefugte, Arzt*Ärztin, Therapeut*In)

3. Bitte listen Sie Ihre Klinikaufenthalte auf:

Zeitraum	Klink /Ort	Beschützt/Stationär/ Teilstationär	Bewertung der Aufenthalts (positiv/negativ) warum?

4. Haben Sie Psychotherapien gemacht? Wenn ja, bitte angeben

Zeitraum	Therapeut*In	Therapieart (wenn bekannt)	Bewertung der Therapie (positiv/negativ)

5. Psychiatrische Behandlungen:

Zeitraum	Psychiater*In	Bewertung der Therapie (positiv/negativ)

Besteht die Bereitschaft während des Aufenthalts in der Wohngruppe

- eine externe ambulante Therapie zu machen?
  ja nein
- regelmäßig zu einer*einem Psychiater*In zu gehen?
  ja nein

Wir unterstützen ggfs. bei der Suche.

6. Welche Diagnosen wurden bisher gestellt?

_____

_____

_____

_____

7. Welche Medikamente werden eingenommen?

Zeitraum	Medikament	Bewertung der Medikation (positiv/negativ)

8. Beschäftigen Sie Gedanken, nicht mehr leben zu wollen?

häufig manchmal nein

9. Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit?

ja nein

Wenn ja, wann?_____

10. Haben Sie Gewalt erlebt?

- Körperlich: ja nein
- verbal/seelisch: ja nein

11. Haben Sie aktuell Schulden ? ja nein

Laufen aktuell Gerichtsverfahren gegen Sie? ja nein

Sind Sie vorbestraft? ja nein

12. Verletzten Sie sich selbst oder haben Sie sich in der Vergangenheit selbst verletzt?

häufig manchmal nein

Wenn ja, wann zuletzt?_____

13. Haben Sie Probleme mit dem Essen (Einsparen, Essanfälle, sich übergeben)?

häufig manchmal nein

Wenn ja, was ist das Problem:_____

Wann trat es zuletzt auf? _____

14. Haben Sie Angst, an Gewicht zuzunehmen?

ja nein

15. Ernähren Sie sich

vegetarisch ____ vegan ___? (bitte ankreuzen!)

16. Liegen körperliche Erkrankungen oder Unverträglichkeiten vor?

ja nein

Wenn ja, welche_____

17. Besteht voller Impfschutz bei

Masern ja nein (Aufnahmevoraussetzung ist voller Impfschutz)

Covid 19 ja nein

18. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wie viel?_____

19. Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder haben Sie früher regelmäßig Alkohol getrunken?

ja nein

Wenn ja,

wann war das? _____

Und wie viel? _____

wie ist Ihr Alkoholkonsum aktuell? _____

20. Nehmen Sie Drogen oder haben Sie früher Drogen genommen?

ja nein

Wenn ja,

- was haben Sie genommen? _____
- wann zuletzt?_____

21. Wieviel Zeit verbringen Sie pro Tag

Am Handy:_____

Am PC:_____

An der Spielkonsole:_____

Am Fernseher:_____

22. Wo und mit wem leben Sie aktuell?

_____

_____

23. Wann sind Sie von zu Hause ausgezogen?

_____

24. Familie: Lebenssituation der Eltern, Geschwister, Beruf, Herkunft…

	Alter	**Familienstand**	**Beruf**	**Herkunft**
Mutter				
Vater				
Geschwister				
Stiefeltern/ Stiefgeschwister				

Leben Ihre Eltern getrennt oder sind geschieden?

ja nein

Haben Ihre Eltern neue Partner*Innen?

ja nein

_____

25. Wie ist Ihr Kontakt zu Ihrer Familie? Mit wem verstehen Sie sich gut, mit wem gibt es oft Probleme?

_____

_____

_____

26. Gibt es für Sie wichtige Bezugspersonen in oder außerhalb der Familie?

_____

_____

27. Unterstützen Ihre Eltern den Aufenthalt in einer Therapeutischen Wohngruppe?

ja nein

Falls nein, was sind Ihrer Meinung nach die Gründe?

_____

_____

28. Können Sie sich aktuell vorstellen, dass Sie mit uns und Ihren Eltern gemeinsam arbeiten?

ja nein

Falls nein, was sind Ihre Bedenken?

_____

_____

_____

29. Gibt es eine*einen gesetzlichen Betreuer*In/Weisungsbeauftragten?

ja nein

30. Haben Sie Freund*Innen? ja, viele einige wenige nein

oder eine*einen Partner*In? ja nein

wenn ja, wie lange sind Sie in dieser Beziehung?_____

31. Besuchen Sie aktuell die Schule? ja nein

Wenn ja, welche? _____

32. **Sind Sie in einem Arbeitsverhältnis?** ja nein

Wenn ja, wann und wo arbeiten Sie?

_____

33. Gehen Sie einer sonstigen Tagesstruktur nach? ja nein

Wenn ja, wann und wo tun Sie das?

_____

34. Haben Sie einen Schulabschluss oder Ausbildungsabschluss? ja nein

Wenn ja, welchen? _____

35. Haben Sie Ideen oder Wünsche, wie es für Sie beruflich/schulisch weitergehen soll?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

36. Wie sieht Ihre Freizeitgestaltung aus?

_____

_____

_____

Gibt es spezielle Hobbies oder treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, was genau?

_____

_____

37. Was sind Ihre Stärken und Ressourcen, was können Sie gut?

_____

_____

38. Was können Sie nicht so gut?

_____

_____

39. Wie gehen Sie mit Konflikten um?

_____

_____

40. Können Sie sich Hilfe holen, wenn Sie in Not sind?

ja manchmal nein

41. Woran merken wir, dass es Ihnen schlecht geht?

_____

_____

_____

42. Bitte nennen Sie mindestens drei Punkte, an denen Sie in der WG Zeit arbeiten möchten.

_____

_____

_____

43. Bitte nennen Sie mindestens drei wichtige Punkte, bei denen Sie sich Unterstützung von uns wünschen.

_____

_____

_____

44. Haben Sie schon einmal in einer (betreuten) WG gewohnt? ja nein

Wenn ja,

Zeitraum	WG	Ort

45. Gibt es positive oder negative Erfahrungen im Zusammenleben mit anderen?

Wo?	**positiv**	**negativ**

Haben Sie Bedenken bzgl. des Zusammenlebens mit

anderen Jugendlichen? ja nein

oder bzgl. der Zusammenarbeit mit

speziell männlichen/ ja nein

speziell weiblichen Mitarbeiter*Innen? Ja nein

Sonstige Bedenken:_____

46. Fällt es Ihnen schwer, sich an allgemeine Regeln zu halten?

ja manchmal nein

47. Sind Fertigkeiten vorhanden wie:

- waschen, ja nein
- kochen, ja nein
- Zimmer in Ordnung halten vorhanden? ja nein
  (keine Aufnahmevoraussetzung)

48. Haben Sie sich noch in anderen Wohngruppen beworben?

ja nein

Wenn ja, in welchen?

_____

_____

49. Gibt es eine Möglichkeit für <u>vorübergehenden</u> Aufenthalt, wenn die Wohngruppe nicht das Richtige für Sie ist?

ja nein

Wenn ja, wo:_____

50. Hat Ihr zuständiger Kostenträger der Bewerbung in der TJWG zugestimmt?

ja nein es besteht noch kein Kontakt

Seit wann arbeiten Sie mit dem Kostenträger zusammen?_____

Wie heißt der*die Ansprechpartner*In? _____

Telefonnummer _____

Mailadresse _____

51. Wann wollen Sie in eine Wohngruppe ziehen?

_____

52. Gibt es etwas, was Sie uns sonst noch mitteilen wollen? Wichtige Kontaktdaten?

_____

_____

_____

Bitte füllen Sie diesen **Anamnese-Bogen** aus, legen Sie die letzten **aktuellen Arztberichte** bei und senden diese Unterlage an **o.g. Adresse**.

Ihre KID-Jugendwohngruppe