



Komplexe persönliche Budgets  
für schwerstverletzte Menschen

# Fragebogen 1

zum Projekt ProBudget der DGUV im Auftrag des  
Bundesministeriums für Arbeit und Soziales



Bundesministerium  
für Arbeit und Soziales

Deutsche Gesetzliche  
Unfallversicherung



Fragebogen

 Komplexe persönliche Budgets  
 für schwerstverletzte Menschen


Markieren Sie so:     Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.  
 Korrektur:     Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

**A. Allgemeine Angaben zur Person der/des Versicherten (Soweit es sich aus den Akten ergibt, bitte bereits im Vorfeld des Interviews ausfüllen)**

1. UV-Träger-Kennziffer

--	--	--	--

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Aktenzeichen

--

3. Geburtsjahr

--	--	--	--

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Geschlecht

 weiblich männlich

5. Nationalität

 deutsch EU-Mitglied andere

6. Die zwei ersten Ziffern der Postleitzahl des Wohnortes

--	--

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**A. Allgemeine Angaben zur Person der/des Versicherten (Soweit es sich aus den Akten ergibt, bitte bereits im Vorfeld des Interviews ausfüllen) [Fortsetzung]**

7. Wann fand der Unfall statt? (Monat/Jahr z.B. 022008)

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Seit wann besteht eine anerkannte MdE 80 v.H.? (Monat/Jahr z.B. 042006)

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 9. Laufen derzeit Maßnahmen zur Teilhabe?  
 Wenn ja, welche?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> medizinisch	<input type="checkbox"/> beruflich
	<input type="checkbox"/> sozial

10. Wird aktuell eine Erwerbstätigkeit ausgeübt?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn ja, Art der Tätigkeit:

11. Würde die/der Versicherte das Persönliche Budget selbstständig verwalten?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Wenn nein, wer?

<input type="checkbox"/> Familienangehörige	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer	<input type="checkbox"/> sonstige
---	--	-----------------------------------

Sonstige:



## B. Angaben zum Familien- und Bildungsstand

1. Wie ist der Familienstand der/des Versicherten?  
Art der Wohnung?

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allein lebend                            | <input type="checkbox"/> Mit Partner/in lebend | <input type="checkbox"/> Mit Eltern/ Elternteil lebend |
| <input type="checkbox"/> Wohnheim / Pflegeheim / betreutes Wohnen | <input type="checkbox"/> Wohnung / Haus        |  |

2. Gibt es im Haushalt der/des Versicherten minderjährige Kinder?

- ja  nein

*Hinweis: Die folgenden Fragen (B3 und B4) sind bei betreuten Personen derjenigen Person zu stellen, die das Persönliche Budget verwalten würde.*

3. Welchen höchsten Allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Schüler/in, Besuch einer allgemein bildenden Vollzeitschule | <input type="checkbox"/> Schüler/in; Besuch einer berufsorientierten Aufbau-, Fachschule, o. ä.   | <input type="checkbox"/> Ohne Abschluss von der Schule abgegangen   |
| <input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss                             | <input type="checkbox"/> Realschulabschluss bzw. die Mittlere Reife   | <input type="checkbox"/> Abschluss an einer Polytechnischen Oberschule mit der 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) |
| <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife durch den Abschluß einer Fachoberschule  | <input type="checkbox"/> Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. Erweiterte (Fach-)Oberschule ((F)EOS), auch (F)EOS mit Lehre) | <input type="checkbox"/> Die Person hat einen anderen Abschluss   |

welchen?

4. Welcher ist Ihr höchster Berufsabschluss?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abschluss eines Hochschulstudiums     | <input type="checkbox"/> Ausbildung mit anerkanntem Abschluss | <input type="checkbox"/> Angelernte Tätigkeit |
| <input type="checkbox"/> noch in Berufsausbildung / im Studium | <input type="checkbox"/> Keine Berufsausbildung               | <input type="checkbox"/> Sonstiger            |

Sonstiger:



### C. Bekanntmachung des persönlichen Budgets

1. Haben Sie schon vor unserer Kontaktaufnahme etwas vom PB gehört?

 ja

 nein

Wenn ja, woher hatten Sie Ihre Informationen und wie empfanden Sie diese?  
Selbsthilfegruppen

 keine Info erhalten

Selbsthilfegruppen

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Behindertenverbände

 Keine Info erhalten

Behindertenverbände

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Sozialleistungsträger

 Keine Info erhalten

Sozialleistungsträger

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Fernsehen

 Keine Info erhalten

Fernsehen

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Zeitschrift

 Keine Info erhalten

Zeitschrift

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Internet

 Keine Info erhalten

Internet

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Sonstige Quelle

 Keine Info erhalten

Sonstige Quelle

sehr gut

sehr schlecht

 kann ich nicht beurteilen

Welche sonstige Quelle?



## D. Hilfreiche und/oder erschwerende Faktoren im Hinblick auf die Beantragung eines persönlichen Budgets

1. Welche der folgenden Faktoren empfinden Sie in Ihrer jetzigen Situation eher hilfreich oder eher erschwerend im Hinblick auf die Beantragung eines Persönlichen Budgets?

	eher hilfreich	eher erschwerend	kann ich nicht beurteilen
A: Meine derzeitige berufliche Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B: Meine Einbindung in Familie und Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C: Meine Einbindung in den Bekanntenkreis, Vereine etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D: Mein Alter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E: Meine Zukunftsperspektive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F: Mein Wohnort Zu F: Warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: Mein Kontakt zu Menschen, die sich in einer vergleichbaren Situation befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H: Das Verhältnis zwischen dem Aufwand, den ich mit dem Budget habe, und dem Nutzen für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I: Die damit verbundene Übernahme von Verantwortung für das Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J: Die mit der Beschaffung der Leistungen verbundenen Formalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K: Mein derzeitiger Informationsstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L: Die persönliche Beratung, die ich dazu erfahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M: Meine Persönlichkeit Zu M: Warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**D. Hilfreiche und/oder erschwerende Faktoren im Hinblick auf die Beantragung eines persönlichen Budgets [Fortsetzung]**

N: Ein sonstiger, eher hilfreicher Grund

O: Ein sonstiger, eher erschwerender Grund

2. Welche, der für Sie hilfreichen Faktoren (A bis N), sind für Sie besonders entscheidend? (max. 3 Antworten)

- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> I |
| <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> N |                            |

3. Welche, der für Sie erschwerenden Faktoren (A bis M, O), sind für Sie besonders entscheidend? (max. 3 Antworten)

- |                            |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> A | <input type="checkbox"/> B | <input type="checkbox"/> C |
| <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> E | <input type="checkbox"/> F |
| <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> H | <input type="checkbox"/> I |
| <input type="checkbox"/> J | <input type="checkbox"/> K | <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> O |                            |

**E. Sachleistungen in Form eines PB beantragen**Möchten Sie Sachleistungen des Unfallversicherungsträgers in Zukunft in Form eines Persönlichen Budgets beantragen?  ja  nein

Wenn nein, warum nicht?

Name des Berufshelfers/Reha-ManagersDatum