

# Aufnahmebogen

Tel.: 09106 / 6277

Fax : 09106 / 1006

Eingangsstempel (Heim)	ANMELDENDE EINRICHTUNG: (Name,Adresse,Tel.,Station)
Probewohnen ja / nein ab: .....	Aufnahme ja / nein ab: .....

1.1. Persönliche Grunddaten

NAME: VORNAME: GEBURTSNAME:  
GEBURTSTAG: GEBURTSORT:  
STAATSANGE.: FAMILIENSTAND: KINDER:  
KONFESSION: GEWICHT: GRÖÖE:

1.2. Verwaltungsdaten

Die bei einer HEIMAUFNABME anfallenden HEIMKOSTEN werden aufgebracht durch:

( ) SELBST ( ) VERMÖGEN ( ) RENTE ( ) SOZIALHILFEVERWALTUNG:.....  
des Bezirks:.....

Wurde ein Kostenübernahmeantrag an die Sozialhilfeverwaltung gestellt: ( ) nein ( ) ja  
am:.....an:.....Sachbearbeiter

Liegt eine Fotokopie des Antrags bei: ( ) nein ( ) ja

LETZTE WOHNANSCHRIFT:

ZUR ZEIT POL. GEMELDET IN:

KRANKENKASSE:.....MITGLIEDSNUMMER:.....

Adresse, Tel.: .....

VERSICHERUNGSVERHÄLTNIS: ( ) FREIWILLIG ( ) RENTNER ( ) .....  
REZEPTGEBÜHRENBEFREIUNG: ( ) NEIN ( ) JA

BESTEHT EINE ( ) BETREUUNG ( ) BEWÄHRUNGSHILFE ( )  
( ) AUFENTHALT ( ) VERMÖGEN ( ) BEHANDLUNG ( ) .....

BETREUER / BEWÄHRUNGSHELFER (Adresse, Tel.)

**BEHANDELNDER ARZT IN DER KLINIK:**

---

**Diagnose: psychiatrisch**

---

**Diagnose: somatisch**

---

**BISHERIGE AUFENTHALTE IN PSYCHIATRISCHEN EINRICHTUNGEN: (Kliniken, Heime, WG, WfB, usw.)**

<b>Art der Einrichtung</b>	<b>Ort</b>	<b>Zeitraum</b>	<b>Diagnose</b>

**2.1. SCHULABSCHLUß:**

---

**2.2. BERUFSAUSBILDUNG:**

---

**2.3. BISHERIGE TÄTIGKEITEN:  
(in der derzeitigen Einrichtung)**

---

**2.4. BISHERIGE TÄTIGKEITEN:  
(außerhalb der Einrichtung)**

---

**2.5. MONATLICHES EINKOMMEN:**

<b>MONATLICHES EINKOMMEN Art des Einkommens</b>	<b>ZAHLENDE STELLE</b>	<b>BETRAG ( DM )</b>

2.6. Kontaktpersonen / Ansprechpartner  
Angehörige: (Adresse, Tel.)

Kontakthäufigkeit

---

Bezugspersonen - Kontaktpersonen: (Adresse, Tel.)

Kontakthäufigkeit

---

In welcher Form bestehen Kontakte

\* zu Angehörigen

\* zu anderen Kontaktpersonen

**3.1. AUS WELCHEN GRÜNDEN WIRD EINE HEIMAUFNAHME GEWÜNSCHT:**

---

**3.2. BISHERIGER VERLAUF: (Krankheitsverlauf/Krankheitsgeschichte soweit bekannt)**

---

**3.3. 1. MEDIKATION (psychiatrisch)**

MEDIKAMENT	FRÜH	MITTAG	ABEND	NACHT

**2. MEDIKATION (somatisch)**

MEDIKAMENT	FRÜH	MITTAG	ABEND	NACHT

**DEPOT - SPRITZE ( ) NEIN ( ) JA WELCHE UND IN WELCHEN ZEITABSTÄNDEN**

.....

4.1. BEFUND / AKTUELLES VERHALTEN:

---

4.2. WAS IST ZU BEACHTEN: (Rückfall-/ Belastungssituationen, Anzeichen beginnender Krisen usw.)

---

4.3. FÄHIGKEITEN / NEIGUNGEN: (soweit - auch aus der Vergangenheit - bekannt)

---

4.4. EINSCHÄTZUNGEN / PERSPEKTIVE:  
(Beschäftigungsmöglichkeiten, im Heim, Entwicklungsansätze und Möglichkeiten usw.)

---

4.5.

MISSBRAUCH VON	AKTUELL	ZEITWEISE	FRÜHER	NEIN	BEMERKUNG
DROGEN					
MEDIKAMENTE					
ALKOHOL					

Erstellt:

.....  
Ort / Datum

.....  
( Dienst - ) Stempel

.....  
Unterschrift

Weitergabe des Bogens an obige Einrichtung stimme ich zu :

.....  
(Ort / Datum

.....  
Unterschrift Bewerber / Betreuer )