

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 HEIMAUFNAHME 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.)

Art der Einrichtung	Ort	Zeitraum	Diagnose

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:

MONATLICHES EINKOMMEN Art des Einkommens	ZAHLENDE STELLE	BETRAG (DM)

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)