

Aufnahmebogen



Wohnheim
Markt Erlbach

Ansbacher Str. 14
91459 Markt Erlbach
Tel: 09106 924028-0
Fax: 09106 924028-27
Mail: wohnheim.markterlbach@awo-omf.de

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:	GRÖSSE:

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:

DERZEIT POLIZEILICH GEMELDET IN:

KRANKENKASSE:..... MITGLIEDSNUMMER:

Adresse, Tel:

VERSICHERUNGSVERHÄLTNISS: () FREIWILLIG () RENTNER ()
REZEPTGEBÜHRENBEFREIUNG: () NEIN () JA

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

BETREUER / BEWÄHRUNGSHELFER (Adresse, Tel.)

BEHANDELNDER ARZT IN DER KLINIK:

Diagnosen: psychiatrisch

Diagnosen: 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 (Euro)

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

Der Weitergabe des Bogens an obige Einrichtung stimme ich zu:

.....
Ort / Datum

Unterschrift Bewerber / Betreuer