


AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

Anmeldung zur Aufnahme in die Einrichtung	AWO Wohnheim Frankenhöhe Markt Erlbach Ansbacher Straße 14 91459 Markt Erlbach Tel: 09106 9240280 Fax: 09106 924028-27 wohnheim.markterlbach@awo-omf.de
--	---

Beantworten Sie bitte alle Fragen

1. Anmeldende Einrichtung

(Name, Adresse, Tel., ggf. Station usw.)	Behandelnder Arzt / Zuständiger Mitarbeiter: (Name, Adresse, Tel., E-Mail)
--	---

2. Persönliche Daten


2.1 Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Anzahl Kinder:
Letzte Wohnanschrift:	Derzeit polizeilich gemeldet in:
Telefonnummer/Handynummer:	

2.2 Betreuung / Bewährungshilfe

Unterbringungsbeschluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis:	
Es besteht eine: <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Bewährungshilfe	Aufgabenkreise: <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vertretung bei Behörden / Gerichten <input type="checkbox"/> Sonstige Aufgabenkreise:
Gesetzliche Betreuung (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bewährungshelfer*in (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 1 von 8

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

2.3 Kontaktpersonen

Angehörige (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Angehörige (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bezugs-, Kontaktperson (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bezugs-, Kontaktperson (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)

3. Medizinische Daten


3.1 Diagnosen

Psychiatrisch:	Somatisch/Allgemeinmedizinisch:

3.2 Medikation

Psychiatrisch:	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Somatisch/Allgemeinmedizinisch:	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Depotspritzen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in einem Zeitabstand von:				

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 2 von 8

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

3.3 Ärzte

Ambulant behandelnder Psychiater/Neuro- loge (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Hausarzt (Name, Adresse, Tel., E-Mail)
---	--

3.4 Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen (Kliniken, Heime, WGs, Wfb etc.)

Art der Einrichtung	Ort	Zeitraum	Diagnosen

4. Finanzielles und Administratives

4.1 Wohnplatzkosten

Die bei einer Aufnahme entstehenden Kosten werden aufgebracht durch <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sozialverwaltung des Bezirks:
Wurde ein Kostenübernahmeantrag an die Sozialhilfverwaltung gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ (Datum) an: _____ (Name Sachbearbeiter*in)
Sonstige Erläuterungen zur Kostenübernahme:


4.2 Monatliches Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

4.3 Krankenversicherung

Krankenkasse (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Mitgliedsnummer :
Versicherungsverhältnis <input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Renter*in	Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegegrad <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 Beschreibung des Pflegebedarfs (sofern vorhanden):	

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 3 von 8

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

4.4 Schwerbehindertenausweis

nein ja, und zwar GdB (in %): G H Sonstiges Merkmal:

4.5 Rundfunkgebührenbefreiung

nein ja

5. Lebenslauf

5.1 Schulabschluss

--

5.2 Berufsabschluss

--

5.3 Bisherige Tätigkeiten (außerhalb der Einrichtung):

Von – bis (Monat / Jahr)	Art der Tätigkeit

5.4 Bisherige Tätigkeiten (in der aktuellen Einrichtung):

Art der Tätigkeit	Regelmäßig?	Std. / Woche	Entgelt

6. Informationen zur Aufnahme und besondere Verhaltensweisen


Warum wird eine Aufnahme gewünscht?

Bisheriger Verlauf (Krankheitsverlauf, Krankheitsgeschichte, soweit bekannt)

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 4 von 8

III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung
--

Befund / aktuelles Verhalten:					
Was ist zu beachten: (Rückfall-/Belastungssituationen, Anzeichen beginnender Krisen etc.)					
Fähigkeiten / Neigungen: (soweit – auch aus der Vergangenheit - bekannt)					
Einschätzung / Perspektive: (Beschäftigungsmöglichkeiten in der Einrichtung, Entwicklungsansätze und -möglichkeiten)					
Missbrauch von	aktuell	zeitweise	früher	Nein / unbekannt	Bemerkungen / Erläuterungen:
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schädigende Verhaltensweisen	aktuell	zeitweise	früher	Nein / unbekannt	Bemerkungen / Erläuterungen:
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

7. Sonstige Hinweise / Bemerkungen

Ort / Datum

Einrichtung / Stempel

Name

Unterschrift

Anlagen:

- Kopie Kostenübernahmeantrag
- Arztbericht und Sozialbericht im Rahmen des Gesamtplanverfahrens
- Aktueller HEB-Bogen der zuletzt betreuenden Einrichtung
- Schweigepflichtsentbindung – siehe Formblatt
- Ärztliche Bestätigung, dass keine ansteckenden Krankheiten Vorliegen (§48a Abs. 2 BSeuchG) - siehe Formblatt
- Nachweis Masernimpfschutz (für Personen, die nach 1970 geboren wurden)
- Aktueller Medikamentenplan

----- Wird von Einrichtung ausgefüllt

Eingang am:


Vorstellungsgespräch: nein ja, am:

Probewohnen: nein ja, am:

Aufnahme: nein ja, am:

Bereich:

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 6 von 8

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung

(Bitte mit den Anmeldeunterlagen mitsenden!)

Ich möchte in das

AWO Wohnheim Frankenhöhe Markt Erlbach

Ansbacher Straße 14

91459 Markt Erlbach

Tel: 09106 9240280

Fax: 09106 924028-27

aufgenommen werden und entbinde daher

meine(n) Arzt / Ärztin _____ (Name)

meine(n) Betreuer*in _____ (Name)


sonstige Kontaktperson _____ (Name)

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter*innen der Einrichtung. Es sollen diejenigen Informationen ausgetauscht werden dürfen, die für die Aufnahme notwendig sind.

Ort / Datum

Unterschrift Bewerber*in

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 7 von 8

AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.	Mitgeltendes Dokument III-BP-2.2 Aufnahmeverfahren – Wohnen mit Unterstützung	
III-BP-2.2-MD 1 Aufnahmebogen – Wohnen mit Unterstützung		

Vorlage für ein ärztliches Zeugnis

(Bitte mit den Anmeldeunterlagen mitsenden!)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____

Die durchgeführte Untersuchung ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Erkrankung.

 Datum, Unterschrift des Arztes mit Stempel

Bearbeitung	Freigabe (Vorstand/QMB)	Revision	Erstelldatum	Seite
B. Egli	Hr. Spang 11.05.2021 Fr. Hartel 11.05.2021	00-19.04.2021	03.12.2020	Seite 8 von 8