



Aufnahmebogen

(1) Bewerber(in)

Name: Vorname:
geb. am: Geburtsort:
Familienstand:

(2) Gewöhnlicher Wohnsitz

PLZ / Ort:
Straße / Postfach:
Telefon:/.....

(3) derzeitiger Aufenthaltsort - falls von (2) abweichend -

PLZ / Ort:
Straße / Postfach:
Telefon:/.....
evt. Institution / Einrichtung:

(4) Betreuer(in)

Herr / Frau: Aufgabenbereich: Personensorge
Adresse: Vermögenssorge
..... Gesundheitssorge
Telefon: Aufenthaltsbest.
Amt / Verein: Sonstiges:
Einwilligungsvorbehalt bei:
.....

Betreuung angeregt ambeim Amtsgericht.....

(5) nächste Angehörige / Bekannte

Kontakt?*	Name, Vorname	Anschrift	besteht
Mutter	
Vater	
Kind 1	
Kind 2	
Kind 3	

* wenn verstorben, bitte das Sterbejahr eintragen

(6) Allgemeine soziale Situation**Familienstand:**

- ledig
- verheiratet seit:
- verwitwet seit:
- geschieden seit:
- getrennt lebend seit:

Zahl der Kinder:

Geburtsjahr der Kinder: Kind 1
Kind 2
Kind 3

Lebensform:

- alleinlebend
- zusammen mit:
- Ehepartner(in)
- Lebensgefährte(in)
- Mutter oder Vater
- Eltern
- Kindern
- Verwandte
- Freunde/Bekannte
- Andere

Wohnsituation:

eigene Wohnung
elterliche Wohnung
Wohngemeinschaft
möbliertes Zimmer
Heim
Betreutes Wohnen bei:
obdachlos
sonstiges

Falls nicht in einer eigenen Wohnung lebend:

Haben Sie jemals in einer eigenen Wohnung allein oder mit anderen gelebt?

- Ja Zeitraum:
- Nein

Bedeutsame soziale Kontakte:

- zu Familienangehörigen
- zu Freunden
- zu Kollegen
- zu Nachbarn/Mitbewohnern.....
- durch Vereins-/Clubtätigkeit.....
- Sonstiges

Freizeitgestaltung (Interessen / Hobbys / Haustiere):

.....
.....

(7) Angaben zu Ausbildung und Berufstätigkeit

Schulbildung: von..... bis.....

Schulabschluss:

- kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- Abitur
- Andere

Berufsausbildung: von..... bis.....

- keine
- Berufgrundbildungsjahr
- berufl. Vorpraktikum
- Lehre
- Fach-/Meisterschule
- Fachhochschule
- Hochschule/Universität

Ausbildungsabschluss als:

weitere berufl. Abschlüsse:

Zweitausbildung:

gegenwärtig in Weiterbildung / Umschulung:

Berufstätigkeit:

Berufstätigkeit von/seit:bis:.....

arbeitslos von/seit:bis:.....

Angaben zum Arbeitgeber / Bildungsträger:

Firmenname:.....
Telefon:...../.....
Straße, Nr.:.....
PLZ, Ort:.....
Ansprechpartner:.....
Telefon/Durchwahl:...../.....

Angaben zum Arbeitsfeld:

Tätigkeitsbereich:..... Anzahl der Mitarbeiter:.....
Arbeitsstunden pro Tag:..... pro Woche:.....

Einkommensverhältnisse:

- Erwerbseinkommen
- Erwerbsminderungsrente
- Altersrente
- Witwenrente
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld / Arbeitslosenhilfe
- Sozialhilfe
- Unterhalt durch Familienangehörige (Wer?).....
- sonstige Einkommen (bitte Art angeben).....

(8) Kontaktaufnahme durch

- Eigeninitiative
- den Arbeitgeber
- das Arbeitsamt
- das Sozialamt
- den Arzt
- allgemeines Krankenhaus
- psychiatrisches Krankenhaus
- Rentenversicherung
- Krankenversicherung
- andere Einrichtungen/Beratungsstellen und zwar:.....
- andere Bezugspersonen und zwar:.....

Wann wurde dieser Erstkontakt aufgenommen?.....

Wird der Antragsteller noch durch andere Helfer oder Einrichtungen betreut?

- Ja, von.....
- Nein

(9) Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse (Adresse):

Krankenversicherungs-Nr.:

Versicherungskarte (bitte ankreuzen): vorhanden nicht vorhanden ist beantragt

Befreiungskarte (bitte ankreuzen): vorhanden nicht vorhanden ist beantragt

keine Krankenversicherung, Behandlungskosten zahlt Sozialhilfeträger:

(10) Medizinische Angaben

behandelnder Hausarzt:

Herr/Frau.....
Straße, Nr.:.....
PLZ, Ort:.....
Telefon:...../.....

behandelnder Neurologe / Psychiater

Herr/Frau.....
Straße, Nr.:.....
PLZ, Ort:.....
Telefon:...../.....

Diagnose

.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

.....
.....
.....

Sind Sie als Schwerbehinderte/r eingestuft? Ja Nein

Art der Behinderung:.....
Grad der Behinderung:.....% gültig bis:

Waren Sie in stationärer psychiatrischer Behandlung? Ja Nein

Geben Sie bitte für den längsten Aufenthalt folgendes an?

Aufenthalt von – bis:.....
Einrichtung:.....

Wurde bei Ihnen eine Sucht/ Suchtgefährdung diagnostiziert?

.....
.....

Wurde bei Ihnen eine Suizidgefährdung diagnostiziert?

.....
.....

(11) Angaben zu Rechtsproblemen

anhängige, z. Z. nicht abgeschlossene Gerichtsverfahren

.....
.....

Bewährungsauflagen

.....
.....

Bewährungshilfe (Name, Adresse, Telefon):

.....
.....

12. derzeitige Situation

12.1. medizinische Betrachtung

Hilfebedarf: ja / nein

wenn ja, welcher:

12.2. soziale Betrachtung

Hilfebedarf: ja / nein

wenn ja, welcher:

12.3. alltagspraktische Betrachtung

Hilfebedarf: ja / nein

Wenn ja, welcher:

(13) Betreuungsbeginn

Betreuungsbeginn gewünscht ab:

(14) Hinweise zum Datenschutz und Schweigepflichtentbindung

Der / die Bewerber(in) und / oder der / die Betreuer(in) bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Die Daten werden vertraulich im Rahmen der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes behandelt. Der / die Bewerber(in) und / oder der / die Betreuer(in) ist damit einverstanden, dass diese Daten im Rahmen der Arbeit vom Initiative Görlitz e. V. gespeichert werden.

Gleichzeitig entbindet der / die Bewerber(in) die MitarbeiterInnen der momentan behandelnden psychiatrischen Klinik bzw. Einrichtung(en) sowie seine / ihre

Betreuer(in) von der Schweigepflicht gegenüber den MitarbeiterInnen des Initiative Görlitz e. V.. Dies betrifft u. a. die Erstellung eines Sozial- und Arztberichtes zur Aufnahme. Ebenso werden die MitarbeiterInnen des Initiative Görlitz e. V. untereinander von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Betreuer(in)

Bewerber(in)

(15) Anmeldung über:

**Initiative Görlitz e. V.
Ambulant Betreutes Wohnen
Mühlweg 5
02826 Görlitz**

Tel.: 03581 / 73 38 - 12 oder - 22

Fax: 03581 / 73 38 20

E-Mail : abw@initiative-goerlitz.de