

ANFRAGE ZUR AUFNAHME

VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT ZURÜCK

info@ahschimmelreiter.brk.de	Haus Schimmelreiter
	Bayerisches Rotes Kreuz
	Kreisverband Ostallgäu
	Schimmelreiterweg 7
	87497 Wertach

Name, Vorname	
Geschlecht	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum & Geburtsort	
Wohnort & Wohnform	
Derzeitiger Aufenthaltsort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
Konfession / Religion	
Krankenkasse	
Pflegegrad	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Pflegebedürftigkeit nach AEDL	Kommunizieren <input type="checkbox"/> Bewegen <input type="checkbox"/> Vitalfunktionen <input type="checkbox"/> Körperpflege <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme <input type="checkbox"/> Ausscheiden <input type="checkbox"/> Ankleiden <input type="checkbox"/> Schlafen <input type="checkbox"/> Beschäftigen <input type="checkbox"/> Geschlechterrolle <input type="checkbox"/> Eigensicherung <input type="checkbox"/> Sozialabsicherung <input type="checkbox"/> Umgang existenziellen Erfahrungen <input type="checkbox"/>
Hilfsmittel Sehhilfe, Prothese, Hörhilfe, Gehhilfe	
Schwerbehindertenausweis	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zuzahlungsbefreiung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haustiere	Ja <input type="checkbox"/> welche: _____ Nein <input type="checkbox"/>

Gewünschte Wohnform	Vollstationär <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/>
Gewünschte Tagesstruktur	Arbeits-/und Beschäftigungstherapie <input type="checkbox"/> Werkstatt für behinderte Menschen <input type="checkbox"/>
Kostenübernahmebescheid	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sozialhilfeempfänger	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Grundsicherung <input type="checkbox"/>
Selbstzahler	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Psychiatrische Diagnosen	
Arztbrief <input type="checkbox"/>	
Psychiatrische Medikamente	
Name Psychiater	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Allgemeine Diagnosen	
Arztbrief <input type="checkbox"/>	
Allgemeine Medikamente	
Name Arzt	
Anschrift	
Telefon	
Fax	
E-Mail	

Biografie & Geschichte des Klienten	
Familiengeschichte	
Bisherige Wohnform	
Bisherige Tagesstruktur Werkstatt für behinderte Menschen, Förderstätte, Arbeits- & Beschäftigungstherapie	
Grund für den Aufnahmewunsch	

Frühere Unterbringungen & Grund für das Ausscheiden	
Art der bisherigen Unterbringungen freiw., Betr., §63, 64, 126a	
Stationäre psychiatrische Behandlungen wann und wo	

Fremdgefährdung wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Drogenkonsum wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Abhängigkeit zu Personen wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Finanzielle Abhängigkeiten wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Tabakkonsum wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medikamentenabhängigkeiten wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Süchte (Spiele, Pornos, Medien) wenn ja, bitte näher erläutern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Name Gesetzliche Betreuung Bevollmächtigte*r	
Anschrift	
Mobiltelefon	
Bürotelefon	
E-Mail	
Aufgabenkreise	
Fax	

Name Angehörige	
Anschrift	
Mobiltelefon	
Festnetztelefon	
Angehörigenstellung	
Name Angehörige	
Anschrift	
Mobiltelefon	
Festnetztelefon	
Angehörigenstellung	

Name Antragstellende*r	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	

Hobbies und Freizeitgestaltung	
Weitere erleuchtende Angaben	

Der Platzanfrage sind zusätzlich folgende Unterlagen beizufügen:

Aktuelle psychiatrische Berichte / Epikrise <input type="checkbox"/>	Ärztlicher Fragebogen <input type="checkbox"/>
HEB Bogen / Sozialbericht <input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/>
Betreuerausweis <input type="checkbox"/>	MDK Gutachten, wenn Pflegegrad vorhanden <input type="checkbox"/>

Hiermit versichere ich die wahrheitsgemäße Angabe meiner Daten.

Ort, Datum

Name und Unterschrift Antragstellende*r

Ort, Datum

Name und Unterschrift Gesetzliche
Betreuung / Bevollmächtigte*r