



Anmeldung in der besonderen Wohnform

Bayerisches Rotes Kreuz - St. Georgshof
Wohnformen für seelisch kranke Menschen
Frankau 3, 87675 Rettenbach am Auerberg

Ausgefüllt bitte zurück an:
Frankau 3, 87675 Rettenbach am Auerberg
info@georgshof.brk.de
Fax: 08860/92196-39

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/>	weiblich <input type="checkbox"/>	divers <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum		Geburtsort	
Wohnort und Wohnform			
Derzeitiger Aufenthaltsort			
Familienstand			
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Krankenkasse			
Pflegegrad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Hilfsmittel (z.B. Brille, Prothese, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, etc.)			
Schwerbehindertenausweis			
Zuzahlungsbefreiung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Gewünschte Wohnform	Vollstationär <input type="checkbox"/>	Ambulant <input type="checkbox"/>
Gewünschte Tagesstruktur	Arbeits- und Beschäftigungstherapie <input type="checkbox"/> Förderstätte <input type="checkbox"/> WfbM (Werkstatt) <input type="checkbox"/>	
Liegt bereits eine Kostenübernahmeerklärung vor?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Sozialhilfeempfänger	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Selbstzahler	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Psychiatrische Diagnosen	
Allgemeinmedizinische Diagnosen	

Behandelnder Arzt (psychiatrisch)	Name, Vorname	
	Anschrift	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	
Fremdgefährdung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> – bitte näher erläutern:	
Selbstgefährdung	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> – bitte näher erläutern:	
Alkoholkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> – bitte näher erläutern:	
Drogenkonsum	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> – bitte näher erläutern:	
Bisherige Wohnform		
Bisherige Tagesstruktur	<u>Tagesstrukturierende Maßnahme</u> <input type="checkbox"/> Beschäftigungszeitraum: Stundenumfang täglich: <u>Förderstätte</u> <input type="checkbox"/> Beschäftigungszeitraum: Stundenumfang täglich: <u>WfbM (Werkstatt)</u> <input type="checkbox"/> Beschäftigungszeitraum: Stundenumfang täglich: <u>Berufliche Ausbildung</u> <input type="checkbox"/> Beschäftigungszeitraum: Stundenumfang täglich: <u>Sonstiges</u> <input type="checkbox"/> Was:	
Arbeitsähnliche Tätigkeiten, die gerne ausgeübt wurden		
Freizeit- beschäftigungen/ Hobbys/ Interessen		
Grund für den Aufnahmewunsch		

Frühere Heimunterbringungen und Grund für das Ausscheiden	
Art der bisherigen Unterbringungen (frw. UGB, Betr., §63, 64, 126a)	
Stationäre psychiatrische Behandlungen (wann und wo)	

Gesetzliche Betreuung Vormund Bevollmächtigter	Name		Vorname	
	Anschrift			
	Telefon	Mobil:	Festnetz:	
	Fax			
	E-Mail			
	Aufgabenkreise			
Angehörige	Name		Vorname	
	Angehörigen Status			
	Anschrift			
	Telefon	Mobil:	Festnetz:	
	E-Mail			

Kontakt Daten des Antragstellers	Name		Vorname	
	Anschrift			
	Telefon	Mobil:	Festnetz:	
	E-Mail			

Der Platzanfrage sind bitte 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"/>

Ort, Datum

Name und Unterschrift des Antragstellers