Ein Bild, das Text, Schrift, Symbol, Logo enthält.

Automatisch generierte Beschreibung

**Anmeldung in der besonderen Wohnform**

Kreisverband Ostallgäu

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 ☐ weiblich ☐ divers ☐ | | |
| **Geburtsdatum** |  | **Geburtsort** |  |
| **Wohnort und Wohnform** |  | | |
| **Derzeitiger Aufenthaltsort** |  | | |
| **Familienstand** |  | | |
| **Staatsangehörigkeit** |  | **Konfession** |  |
| **Krankenkasse** |  | | |
| **Pflegegrad** | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ | | |
| **Hilfsmittel** (z.B. Brille, Prothese, Hörgerät, Rollator, Rollstuhl, etc.) |  | | |
| **Schwerbehindertenausweis** |  | | |
| **Zuzahlungsbefreiung** | Ja ☐ Nein ☐ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gewünschte Wohnform** | Vollstationär ☐ Ambulant ☐ |
| **Gewünschte** **Tagesstruktur** | Arbeits- und Beschäftigungstherapie ☐  Förderstätte ☐  WfbM (Werkstatt) ☐ |
| **Liegt bereits eine Kosten- übernahmeerklärung vor?** | Ja ☐ Nein ☐ |
| **Sozialhilfeempfänger** | Ja ☐ Nein ☐ |
| **Selbstzahler** | Ja ☐ Nein ☐ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Psychiatrische Diagnosen** |  |
| **Allgemeinmedizinische Diagnosen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Behandelnder Arzt**  **(psychiatrisch)** | Name, Vorname |  |
| Anschrift |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| E-Mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Fremdgefährdung** | Nein ☐ Ja ☐ – bitte näher erläutern: |
| **Selbstgefährdung** | Nein ☐ Ja ☐ – bitte näher erläutern: |
| **Alkoholkonsum** | Nein ☐ Ja ☐ – bitte näher erläutern: |
| **Drogenkonsum** | Nein ☐ Ja ☐ – bitte näher erläutern: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bisherige Wohnform** |  |
| **Bisherige Tagesstruktur** | Tagesstrukturierende Maßnahme ☐  Beschäftigungszeitraum:  Stundenumfang täglich:  Förderstätte ☐  Beschäftigungszeitraum:  Stundenumfang täglich:    WfbM (Werkstatt) ☐  Beschäftigungszeitraum:  Stundenumfang täglich:  Berufliche Ausbildung ☐  Beschäftigungszeitraum:  Stundenumfang täglich:    Sonstiges ☐ 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 |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kontaktdaten des Antragstellers** | Name |  | Vorname | |  |
| Anschrift |  | | | |
| Telefon | Mobil: | | Festnetz: | |
| E-Mail |  | | | |

**Der Platzanfrage sind bitte folgende Unterlagen beizufügen:**

|  |  |
| --- | --- |
| Aktuelle psychiatrische Berichte/Epikrise ☐ | Ärztlicher Fragebogen ☐ |
| HEB Bogen / Sozialbericht ☐ | Schwerbehindertenausweis ☐ |
| Betreuerausweis ☐ | MDK Gutachten, wenn Pflegegrad vorhanden ☐ |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Name und Unterschrift des Antragstellers