

**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