

## ANFRAGE ZUR AUFNAHME

### **VOLLSTÄNDIG AUSGEFÜLLT ZURÜCK**

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

<b>Name, Vorname</b>	
<b>Geschlecht</b>	weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<b>Geburtsdatum &amp; Geburtsort</b>	
<b>Wohnort &amp; Wohnform</b>	
<b>Derzeitiger Aufenthaltsort</b>	
<b>Familienstand</b>	
<b>Staatsangehörigkeit</b>	
<b>Konfession / Religion</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Pflegegrad</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
<b>Pflegebedürftigkeit</b> 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"/>
<b>Hilfsmittel</b> Sehhilfe, Prothese, Hörhilfe, Gehhilfe	
<b>Schwerbehindertenausweis</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Zuzahlungsbefreiung</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Haustiere</b>	Ja <input type="checkbox"/> welche: _____ Nein <input type="checkbox"/>

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

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

<b>Biografie &amp; Geschichte des Klienten</b>	
<b>Familiengeschichte</b>	
<b>Bisherige Wohnform</b>	
<b>Bisherige Tagesstruktur</b> Werkstatt für behinderte Menschen, Förderstätte, Arbeits- & Beschäftigungstherapie	
<b>Grund für den Aufnahmewunsch</b>	

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

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

<b>Name</b> Gesetzliche Betreuung Bevollmächtigte*r	
<b>Anschrift</b>	
<b>Mobiltelefon</b>	
<b>Bürotelefon</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Aufgabenkreise</b>	
<b>Fax</b>	

<b>Name</b> Angehörige	
<b>Anschrift</b>	
<b>Mobiltelefon</b>	
<b>Festnetztelefon</b>	
<b>Angehörigenstellung</b>	
<b>Name</b> Angehörige	
<b>Anschrift</b>	
<b>Mobiltelefon</b>	
<b>Festnetztelefon</b>	
<b>Angehörigenstellung</b>	

<b>Name Antragstellende*r</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>E-Mail</b>	

<b>Hobbies und Freizeitgestaltung</b>	
<b>Weitere erleuchtende Angaben</b>	

Der Platzanfrage sind zusätzlich folgende Unterlagen beizufügen:

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