



# Anmeldung zur Heimaufnahme

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

**Ausgefüllt bitte zurück an:**

**Frau Pelin Lermi**

**Frankau 3, 87675 Rettenbach am Auerberg**

**pelin.lermi@kvostallgaeu.brk.de**

**Fax: 08860/92196-39**

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



<b>Sozialhilfeempfänger</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Selbstzahler</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

<b>Psychiatrische Diagnosen</b>	
<b>Allgemeinmedizinische Diagnosen</b>	

<b>Behandelnder Arzt (psychiatrisch)</b>	Name, Vorname	
	Anschrift	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	
<b>Behandelnder Arzt (allgemeinmedizinisch)</b>	Name, Vorname	
	Anschrift	
	Telefon	
	Fax	
	E-Mail	



<b>Bisherige Wohnform</b>	
<b>Bisherige Tagesstruktur</b> (Förderstätte, WfbM, Arbeits-/ und Beschäftigungstherapie etc.)	
<b>Grund für den Aufnahmewunsch</b>	
<b>Frühere Heimunterbringungen und Grund für das Ausscheiden</b>	
<b>Art der bisherigen Unterbringungen (frw. UGB, Betr., §63, 64, 126a)</b>	
<b>Stationäre psychiatrische Behandlungen (wann und wo)</b>	

<b>Fremdgefährdung, wenn ja – bitte näher erläutern</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Selbstgefährdung, wenn ja - bitte näher erläutern</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Alkoholkonsum, wenn ja – bitte näher erläutern</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
<b>Drogenkonsum, wenn ja - bitte näher erläutern</b>	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>



<b>Gesetzliche Betreuung / Vormund / Bevollmächtigter</b>	Name, Vorname				
	Anschrift				
	Telefon	Mobil		Festnetz	
	Fax				
	Aufgabenkreise				
	E-Mail				
<b>Angehörige</b>	Name, Vorname				
	Anschrift				
	Telefon	Mobil		Festnetz	
	Fax				
	Angehörigen Status				
<b>Angehörige</b>	Name, Vorname				
	Anschrift				
	Telefon	Mobil		Festnetz	
	Fax				
	Angehörigen Status				

<b>Kontakt Daten des Antragstellers</b>	Name, Vorname				
	Anschrift				
	Telefon				
	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