

Aufnahmeinformation

Fachzentrum Eingliederungshilfe
Begleitender Psychologischer Fachdienst
Aufnahmekoordination
Michael Marx
Rudolf-Hardt-Straße 15
27259 Freistatt
Telefon (0 54 48) 8-82 73
Telefax (0 54 48) 8-83 94
michael.marx@bethel.de
www.bethel-im-norden.de

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

Anschrift zum Antragszeitpunkt:

Straße: _____

Wohnort: _____

Gesetzlicher Betreuer: ja nein

Name: _____

Anschrift: _____

Aufgabenkreis:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge
- Vertretung gegenüber Behörden, Körperschaften,
Rententrägern, Heime
- Einwilligungsvorbehalt
- Sonstiges / erteilte Vollmachten

1. Wohnsituation

- Allein in eigener Wohnung
- eigenständiges Wohnen mit Partner oder Angehörigen
- wohnen in elterlicher Wohnung
- Wohnen im Heim oder Wohnung eines Rehaträgers
- JVA
- ohne festen Wohnsitz

2. Arbeitssituation

- Vollzeitätigkeit
- Teilzeittätigkeit
- Reha/beschützte Tätigkeit
- WfB für seelisch Behinderte
- ohne Arbeitstätigkeit

3. Vorrangiger Lebensunterhalt

- eigenes Einkommen
- Renten-/Arbeitslosen-/Kindergelde
- Unterstützung durch Bezugspersonen
- Sozialhilfe / Arbeitslosenhilfe
- Unterhalt
- Sonstiges

4. Der/die Bewerber/in leidet an einer

- Hirnorganischen Erkrankung
- Seelischen Behinderung
- Suchtspezifischen Erkrankung

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Medikation: _____

Nähere Angaben zur Erkrankung:

5. In den nachfolgenden Teilbereichen benötigt Frau / Herr _____
Hilfe:

5.1. Selbstversorgung und Wohnen

- Entfällt
- Notwendig
- zurzeit keine Einschätzung möglich

5.2. Soziale Beziehungsgestaltung und kulturelle Teilhabe

- Entfällt
- Notwenig
- Zurzeit keine Einschätzung möglich

5.3. Arbeit / Tagesgestaltung

- Entfällt
- Notwendig
- Zurzeit keine Einschätzung möglich

5.4. Sucht

- Entfällt
- Suchtform: _____
- aktueller Konsum: _____

Schweregrad

- Leicht bis mittelgradiger Konsum
- Ausgeprägter Konsum

**6. Beschreibung der Erfahrungen mit ambulanter, teilstationärer, stationärer
Betreuung / Rehabilitation**

7. Konfliktverhalten

8. Besonders bedeutsame Bezugspersonen

9. Besondere Interessen und Hobbys

10. Bedeutsame biographische Daten – Privat, Schule, Beruf, Haftzeiten, (offene) Strafverfahren

**11. Woran merken es andere, wenn es Ihnen schlecht geht.
Welche Hilfen wünschen Sie sich dann?**

Datum:

Unterschrift Interessent/in

Unterschrift Sozialdienst
bzw. gesetzliche Betreuung

Fachzentrum Eingliederungshilfe
Begleitender Psychologischer
Fachdienst
Aufnahmekoordination
Michael Marx
Rudolf-Hardt-Straße 15
27259 Freistatt
Telefon (0 54 48) 8-82 73
Telefax (0 54 48) 8-83 94
eingliederungshilfe@diakonie-freistatt.de
www.diakonie-freistatt.de

Erklärung zur Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, Herrn/Frau _____

Folgende Einrichtung / Praxis / Behörde:

von der ärztlichen Schweigepflicht und bin damit einverstanden, dass Befundunterlagen,
Krankenhausberichte, Facharztberichte etc. der oben genannten Einrichtung, vertreten durch
Frau / Herrn _____
zur Verfügung gestellt werden.

Ort

Datum

Unterschrift