

# Aufnahmeantrag "Die Villa"

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Tagesstätte Lengerich ab: \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ. \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder, Alter und Geschlecht \_\_\_\_\_

Ehe- o. Lebenspartnerin / Bezugs- o. Vertrauensperson \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsschutz besteht  nein  ja

Kann selbständig kommen  nein  ja

Betreuungsverhältnis nach §§ 1896 ff BGB  nein  ja / für die Bereiche: \_\_\_\_\_

Mit Einwilligungsvorbehalt  nein  ja \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des Betreuers \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenstatus  nein  ja mit \_\_\_ Prozent / Wertmarke \_\_\_\_\_

## I. Ausbildung

Art der Schule / Abschluss

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

## II. Berufliche Tätigkeiten

Lehre / sonst. Tätigkeiten

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Allgemeine Angaben

Ausbildung /

III. Vorgeschichte / Krankheitsverlauf

a) \_\_\_\_\_  
Ersterkrankung (erstmalige Behandlung) Monat / Jahr

c) \_\_\_\_\_  
Anzahl der stat. Behandlungen insgesamt

b) \_\_\_\_\_  
Letzter stationärer Aufenthalt / Monat / Jahr

d) \_\_\_\_\_  
Gesamtdauer aller stat. Behandlungen insgesamt in Wochen

e) Stationäre Behandlungen  
von - bis / wo ?

---

---

---

---

f) Mein derzeitiger Facharzt ist

\_\_\_\_\_   
Name und Anschrift, Telefonnummer

g) Meine Diagnose lautet

\_\_\_\_\_   
Psychiatrische und ggf. sonstige somatische Diagnose

h) Ich nehme derzeit folgende Medikamente  
Medikament / Dosierung

---

---

---

---

i) Sonstige Maßnahmen, die in dieser Zeit versucht / durchlaufen worden sind  
Z. B. Therapien, Bildungsmaßnahmen etc.

---

---

---

Vorgeschichte / Krankheitsverlauf

IV. Erwartungen

Was erwarte ich von der Tagesstätte / Was will ich hier erreichen / Meine Ziele / etc..


Erwartungen

V. AKTUELLE BEHANDLUNGS- + BETREUUNGSSITUATION

Beteiligte Dienste und Einrichtungen mit denen ich in Kontakt stehe

		Dienst / Einrichtung	Ansprechpartner:	Tel.:
Fallverantwortung				

Allgemeine soziale Situation

b) Lebensform

- Alleinlebend
- ... mit Ehepartner / Lebensgefährte
- Eltern
- Mutter
- Vater
- Kind/ern
- Verwandten
- Freunden
- Anderen

c) Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Elterliche Wohnung
- Wohngemeinschaft
- Möbliertes Zimmer
- Heim
- Obdachlos
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

d) Bedeutsame Kontakte

- Zu Angehörigen
- Zu Freunden
- Zu Kollegen
- Zu Nachbarn / Mitbewohnern

- Vereine / Selbsthilfe / KBSt / etc.
- Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_
- Sonstige: \_\_\_\_\_

e) Einkommensverhältnisse

- Eigene Erwerbstätigkeit
- Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente
- Witwenrente
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitslosenhilfe
- Sozialhilfe
- Unterhalt durch Angehörige

\_\_\_\_\_ durch wen ?

\_\_\_\_\_ Sonstige Einkommen

\_\_\_\_\_ Höhe des Nettoeinkommens / Familieneinkommens

VI. Freizeit

Wie und womit verbringe ich meine freie Zeit

a) Hobbies:

b) Interessen:

c) Sonstiges:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allgemeine soziale Situatio

VII. Einschätzung der/s vermittelnden Einrichtung / Dienstes - Besonderheiten

Warum soll der Klient die Tagesstätte besuchen / kurze Stellungnahme (kann bei ausführlichem Sozialbericht entfallen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Externe Ziele / Perspektive

Ggf. Rückseite benutzen

Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde hiermit die Mitarbeiter der Tagesstätte "Die Villa" von ihrer Schweigepflicht gegenüber folgenden Personen/Institutionen. Ebenso entbinde ich ebendiese Personen/Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern der Tagesstätte "Die Villa". Diese Erklärung ist notwendig um eine Zusammenarbeit, die für meine Belange wesentlich ist, zu ermöglichen. Insbesondere geht es hierbei um die Einholung und den Austausch von Informationen und Stellungnahmen.

Erklärung kann jederzeit widerrufen werden. Ansonsten gilt sie über den Tod hinaus. Über den Sinn und Zweck dieser Erklärung wurde ich umfassend informiert.

Einrichtung / Dienst	Frau / Herr	in
_____	_____	_____
Einrichtung / Dienst	Frau / Herr	in
_____	_____	_____
Einrichtung / Dienst	Frau / Herr	in
_____	_____	_____

Einwilligungserklärung

Unterschriften: Ort; Datum; Antragsteller

Ort; Datum; Vermittler