

Aufnahmeantrag in die Tagesstätte „Die Villa“



Formular: TS INF AUF
Geltungsbereich: Tagesstätte

Stand: 2022

REHA GmbH
für **Sozialpsychiatrie**

Name, Vorname			
Straße, Hausnummer			
PLZ, Wohnort			
Telefon		E-Mailadresse	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		Familienstand	
Konfession		Nationalität	
Wichtige Bezugsperson (Notfallkontakt)		Name	
Anschrift		Telefon	
Aufnahmedatum		Diagnose(n)	
Kinder	Name	Alter	Geschlecht
Gesetzliche Betreuung		Betreuungsbereiche	
Name			
Adresse		Telefon	
ABW Betreuung (Anbieter)			
Name und Rufnummer		Vertretung und Rufnummer	

Bearbeitet von: Kirsten Riering
Freigegeben durch: Katharina Hegge & Heinrich Robertus

Kontakt zur Tagesstätte (persönlich, Sozialpsychiatrischer Dienst, Klinik, ABW o.a.)	
Aktuelle Lebensform (allein, mit (Ehe-) Partner, Kindern, Bekannte, Eltern, Verwandte, Freunde)	
Aktuelle Wohnsituation (Mietwohnung, Heim, Eigentum, bei Familie o. Verwandten, WG, obdachlos)	
Aktuelle Erwerbssituation (Arbeitslohn, Krankengeld ALG 1 o. 2, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente, Vermögen, Grundsicherung SGB XII, sonstiges Einkommen)	
Schulbildung (kein Abschluss, Hauptschule, Förderschule, Mittlere Reife, Abitur, Studium)	
Berufsausbildung	
Berufliche Tätigkeiten	
Krankenversicherung	
Schwerbehinderung (nein / ja – mit Gradangabe + Merkzeichen)	
Hausarzt	Name
Adresse	Telefon
Facharzt (Neurologe / Psychiater)	Name
Adresse	Telefon

Vorgeschichte / Krankheitsverlauf beginnend mit Ersterkrankung (Jahr):				
Stationäre psychiatrische Behandlungen				
von	bis	Wo		
von	bis	Wo		
von	bis	Wo		
von	bis	Wo		
Derzeitige Medikation				
Medikamentenname	Morgens (Menge)	Mittags (Menge)	Abends (Menge)	Nacht/Bedarf (Menge)
Sonstige Maßnahmen oder Hilfen (ambulante Pflege, Sozialpsychiatrischer Dienst, Kontakt- und Beratungscafé, Selbsthilfegruppe, Suchtberatung usw.)				
Sozialleben (bedeutsame Kontakte, Familie, Verein, Ehrenamt, Gruppen usw.)				
Hobbies und Interessen (Sport, Lesen, Handwerk, Sammlungen, Fähigkeiten, Kochen usw.)				
Ziele und Erwartungen in Bezug auf den Besuch der Tagesstätte (Was soll erreicht werden, was soll sich verändern?)				

Erklärung Datenerhebung und Entbindung der Schweigepflicht

Ich _____

[Name, Anschrift, Geburtsdatum] stimme zu, dass zum Zwecke des Besuches und Dokumentation der Anwesenheit von der Reha GmbH für Sozialpsychiatrie Daten erhoben und gesammelt werden.

Zudem entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/innen der Tagesstätte "Die Villa" von ihrer Schweigepflicht gegenüber (folgenden) Personen/Institutionen. Ebenso entbinde ich eben diese Personen/Institutionen von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter/innen der Tagesstätte "Die Villa".

	Name	Institution
Facharzt		
Klinik		
SpD		
ABW		

Diese Erklärung erlaubt einen Austausch zwischen den unterstützenden Instanzen und kann das Einholen/Weiterleiten von Informationen und die Vernetzung von Hilfen ermöglichen.

Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir, auch ohne Angabe von Gründen, mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Den Widerruf kann ich entweder postalische oder per E-Mail an die Reha GmbH für Sozialpsychiatrie übermitteln.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Reha GmbH für Sozialpsychiatrie
 Bodelschwinghstraße 4
 49525 Lengerich
 Telefon: 05481 9449 0
info@reha-gmbh-lengerich.de

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Ort, Datum	Unterschrift
Kostenträger (wird durch TS ausgefüllt)	Aufnahmedatum (wird durch TS ausgefüllt)