

Aufnahmeanfrage

für Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Datum der Anfrage:	

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Angebot bzw. unserer Einrichtung.
Wir möchten Sie bitten, dieses Formular **vollständig** auszufüllen, um Ihre / die Wünsche und Bedürfnisse bei der Prüfung Ihrer Anfrage optimal berücksichtigen zu können. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an uns zurück.
Nach Erhalt des ausgefüllten Formulars werden wir uns zeitnah zwecks Klärung der weiteren Vorgehensweise mit Ihnen in Verbindung setzen.

Vielen Dank.

Welches Angebot interessiert Sie konkret?

Tagesstruktur / Beschäftigung

Tagesstätte für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Begleitung

aufsuchende Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit

Wohnangebot

Außenwohngruppe (Bingen/Oppenheim)

Psychiatrischer Wohnbereich (Alzey/Bad Kreuznach)

Psychiatrischer Wohnbereich mit pflegerischem Schwerpunkt (Alzey)

Psychiatrischer Wohnbereich (geschützte Wohnform für Männer / Alzey)

→ Unterbringungsbeschluss vorhanden?

Ja, bis:

Nein

Wird vom Aufnahmemanagement ausgefüllt:	
Posteingang:	

Kurze Beschreibung des Aufnahmegrundes:

Welche Ziele möchten Sie mit unserer Unterstützung erreichen?:

-
-
-
-
-
-
-

Angaben zur Person:

Name: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Staatsangehörigkeit: _____ **Familienstand:** _____

Krankenkasse: _____ **Pflegegrad:** _____

Schulabschluss / Erlerner Beruf: _____

Gewöhnlicher Aufenthalt / aktuelle Adresse: _____

Derzeitiger Aufenthaltsort: _____

Telefon-/Mobilnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Diagnose(n) (ICD 10) / Kurze Beschreibung des Krankheitsbildes:

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV?)

Ja, folgende:

Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, bitte immer benennen:

Sind Hilfsmittel vorhanden (auch Brille, Zahnprothesen etc.)? Wenn ja, welche?:

Sind bzw. waren Sie im letzten Jahr regelmäßig in (fach-) ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja, bei:

Hausarzt/-ärztin

Name:

Anschrift:

Telefon:

Facharzt/-ärztin für Psychiatrie

Name:

Anschrift:

Telefon:

Facharzt/-ärztin für _____:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Besteht eine rechtliche Betreuung / eine Vollmacht?

Nein

rechtliche Betreuung*

Vollmacht/Patientenverfügung* für:

Name:

Tel.:

Anschrift:

Wirkungskreise:

* Bitte Kopie des Betreuungsausweises/der Vollmacht/der Patientenverfügung beifügen.

Bitte nennen Sie uns Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name, Vorname; (Verwandschaft-)Verhältnis; Adresse: Tel:

Haben Sie Kinder?

Nein

Ja, bitte Name und Alter:

Wer wird voraussichtlich die Kosten der angefragten Betreuungs-/ Wohnform tragen?

Für die Leistungen der Unterstützung (Fachleistung):

Für die Leistungen des Wohnens (Miete) / Hauswirtschaft:

Sind bereits Anträge auf Kostenübernahme gestellt worden (z.B. Grundsicherung, Eingliederungshilfe)?

Ja

Nein

Falls ja, bei welchem / welchen Kostenträgern?

Liegt ein aktueller Teilhabeplan (THP) bzw. eine Bedarfsermittlung, eine aktuelle ärztliche Stellungnahme bzw. ein aktuelles Gutachten vor?

*Bitte fügen Sie die Dokumente in Kopie dieser Aufnahmeanfrage bei.

THP / Bedarfsermittlung* Ja Nein

Ärztliche Stellungnahme* Ja: Nein

Gutachten* Ja Nein

Unterstützung wird benötigt bei:

(Bitte beschreiben Sie die erforderlichen Hilfestellungen)

Mobilität:

Körperpflege:

Tagesstrukturierung / Arbeit:

Kommunikation / Orientierung:

Selbstversorgung / Hauswirtschaftliche Versorgung:

Sonstiges:

Ist die Unterbringung in einem Einzelzimmer erforderlich?

Nein Ja, weil:

Bitte kreuzen Sie an:

Sind Sie Raucher? Ja Nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein
Konsumieren Sie Drogen? Ja Nein

Sind Sie vorbestraft?

Nein Ja, wann und weshalb:

Ist bei Ihnen aktuell ein Strafverfahren anhängig?

Nein Ja, weshalb:

Stehen Sie unter Führungsaufsicht?

Nein Ja, Beschluss bitte beifügen!

Haben Sie Bewährungsauflagen zu erfüllen?

Nein Ja, Beschluss bitte beifügen!

Waren Sie infolge einer Straftat schon einmal in einer Justizvollzugsanstalt / forensischen Klinik untergebracht?

Nein Ja, wo, wann und weshalb:

Ansprechpartner für Rückfragen:

- Selbst Tel.:
- Angehörige (Herr/Frau _____), Tel.:
- Betreuung Tel.:
- Einrichtung (Herr/Frau _____), Tel.:
- Kliniksozialdienst (Herr/Frau _____), Tel.:

Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

**Haben Sie Unterstützung beim Ausfüllen dieser Aufnahmeanfrage erhalten?
Wenn ja, von wem (Name, ggf. Institution) ?**

Unterschrift

Hinweis / Erklärung zum Datenschutz

Zur weiteren Bearbeitung Ihrer Aufnahmeanfrage werden die Daten dieses Formulars, sowie alle, uns im Zuge der Anfrage mitgeschickten Dokumente, digital aufbewahrt und von unseren Mitarbeiter:innen in den in Frage kommenden Wohnbereichen unserer Einrichtung bearbeitet.

Die digitale Aufbewahrung der Daten ist für die Dauer der Bearbeitung, einschließlich Aufnahme auf eine Interessentenliste, notwendig. Die Aufnahmeanfrage inklusive aller Dokumente wird für 18 Monate gesichert und anschließend automatisch gelöscht.

Sofern keine Aufnahme zustande kommt (Absage durch uns) oder auf Ihren ausdrücklichen Wunsch (Zurückziehen der Aufnahmeanfrage) werden die Daten unverzüglich vollständig gelöscht. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausdrücklich nicht.

Mit der nachstehenden Unterschrift erklären Sie sich ausdrücklich mit diesem Verfahren einverstanden.

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Erklärung zum Datenschutz jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

Rheinhessen-Fachklinik Alzey
Arabella Bernhard
Pädagogische Leiterin
Fördern | Wohnen | Pflegen · Gemeindepsychiatrie
Dautenheimer Landstraße 66, 55232 Alzey

E-Mail: a.bernhard@rfk.landestkrankenhaus.de

Schweigepflichtentbindung

Ich, Herr / Frau _____, geboren am _____

gebe hiermit mein Einverständnis, dass die Einrichtungsleitung / die Mitarbeiter des Sozialdienstes der Bereiche Fördern | Wohnen | Pflegen · Gemeindepsychiatrie, im Zuge der Aufnahmeanfrage berechtigt sind Auskünfte schriftlicher und mündlicher Art zu meiner Person von nachstehend bezeichneten Personen oder / und Einrichtungen einzuholen.

Bitte ankreuzen und benennen:

Leistungsträger:

rechtliche Betreuung:

vorangegangene Einrichtung:

Jugendamt:

Facharzt/-ärztin:

Sonstige:

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort / Datum

Unterschrift