

## Aufnahmeanfrage

<b>für Name, Vorname:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Datum der Anfrage:</b>	

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

<b>Wird vom Aufnahmemanagement ausgefüllt:</b>	
<b>Posteingang:</b>	

**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.landeskrankenhaus.de](mailto:a.bernhard@rfk.landeskrankenhaus.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