DEUTSCHER ORDEN
ORDENSWERKE

Aufnahmeantrag zur Bewohneraufnahme in das Haus Schwarzenberg

Zur Anmeldung einer Aufnahme im Haus Schwarzenberg von der zuweisenden Stelle, ggf. gesetzlicher Betreuer/Vertreter, Klinik bzw. Facharzt auszufüllen und an das Aufnahmemanagement senden:

Ansprechpartner: Frau Silke Hutzler und Frau Martina Schor (Stand: Nov. 25)
E-Mail: aufnahme.schwarzenberg@deutscher-orden.de, Fax: 08066-9869150

1.Persönliche Daten

Name und Vorname: _____

Telefonnummer: _____

geboren am: _____ in: _____

Geburtsurkunde vorhanden	ja 0	nein 0
Personalausweis vorhanden	ja 0	nein 0
Reisepass vorhanden	ja 0	nein 0
Impfausweis vorhanden	ja 0	nein 0
Sozialversicherungsausweis	ja 0	nein 0

Aktuelle Meldeadresse: _____

Aktueller Aufenthaltsort: _____

Familienstand: _____Staatsangehörigkeit: _____Konfession: _____

Einweisende Institution: _____

Adresse: _____

Ansprechpartner/in: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Gesetzliche Betreuung: ja 0 nein 0

Name und Anschrift des Betreuers/der Betreuerin: _____

Tel.:_____ E-Mail: _____

Aufgabenbereich(e) der/-s gesetzl. Betreuers/Betreuerin:

_____

Betreuungsausweis beiliegend ja 0 nein 0

Krankenkasse:

Name / Anschrift: _____

Krankenversicherungskarte vorhanden ja 0 nein 0

Versicherungsnummer: _____

Pflichtversichert durch: _____

Zuzahlungsbefreiung vorhanden 0 nicht vorhanden 0 beantragt 0

Rentenversicherungsträger:

Name/Anschrift: _____

Rentenversicherungsnummer: _____

wurde ein Rentenantrag bereits gestellt ja 0 nein 0

Rentenbescheid ja 0 nein 0

Schwerbehinderung ja 0 -> GdB _____ nein 0

Schwerbehindertenausweis vorhanden ja 0 nein 0

Vorstrafen: ja 0 nein 0

Bekannte Strafdelikte:

_____

Ggfs. Haftaufenthalte (Jahr/Dauer):

_____

Bewährungs-/Führungsaufsicht: ja 0 nein 0 bis: _____

Bewährungshelfer/-in:

Name, Adresse: _____

Tel.:_____ Fax: _____E-Mail: _____

Kostenträger:

Name/Adresse: _____

Name der/-s zuständigen Sachbearbeiters/-in:

_____

Tel.: _____Fax: _____E-Mail: _____

Wann wurde ggfs. der Antrag auf Gesamtplanverfahren gestellt: _____

Wichtige Bezugspersonen (Verwandte /Freunde): _____

_____

2. Sozialbericht/Vorläufige Hilfebedarfsplanung liegt bei ja 0 nein 0

3. Persönlicher Lebenslauf/Suchtverlauf liegt bei ja 0 nein 0

Die Verläufe müssen spätestens zum Tag des Vorstellungsgespräches mitgebracht werden.

4. Ärztliche Stellungnahme

Suchtmittelbezogene Diagnosen/Befunde:

_____

_____

_____

Bisherige stationäre Behandlungen aufgrund der Suchtmittelabhängigkeit (Jahr der Behandlung, Dauer des Aufenthalts, Name der Einrichtung):

_____

_____

_____

Bisherige stationäre Behandlungen wegen anderer Krankheiten (Jahr der Behandlung, Dauer des Aufenthalts, Name der Einrichtung):

_____

_____

_____

Angaben zur Suchtmittelabhängigkeit und zum Suchtmittelkonsum
(bevorzugte Suchtmittel, Dauer der Abhängigkeit, tägliche Dosis bzw. Trinkmengen…):

_____

_____

_____

Internistische Diagnosen/Befunde:

_____

_____

_____

Neurologische Diagnosen/Befunde:

_____

_____

_____

Psychiatrische Diagnosen/Befunde:

_____

_____

Beschreibung der Motivation (Krankheitseinsicht, Bereitschaft für therapeutische Maßnahmen):

_____

_____

Indikation zur Therapie in unserer Einrichtung (Soziotherapie ist notwendig, weil…)

_____

_____

Welche Medikamente müssen eingenommen werden (gerne Medikamentenblatt anfügen):

_____

_____

_____

Besteht Pflegebedürftigkeit oder Behinderung?

Ja 0 nämlich: _____ Nein 0

Bei Aufnahme in unser Haus gewährleistet der einweisende Arzt/die einweisende Ärztin bzw. die Klinik das Nichtvorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (gem. § 36 IfSG) und den Ausschluss einer venerischen Erkrankung.

Menschen mit einer akuten Pilzerkrankung oder mit Parasitenbefall werden nur aufgenommen, wenn vom einweisenden Arzt/der einweisenden Ärztin bzw. Klinik gewährleistet wird, dass die betreffende Erkrankung unter Behandlung und nicht mehr ansteckend ist.

Wenn aufgrund der vorliegenden Erkrankung eine erneute psychiatrische oder sonstige stationäre Behandlung notwendig werden sollte, verpflichtet sich die einweisende Stelle, den Bewohner/die Bewohnerin wiederaufzunehmen.

…… ……

Ort und Datum Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin