

**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: E-Mail: simone.mueller@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: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

**Einweisende Institution:** \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/in: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung:** ja 0 nein 0

Name und Anschrift des Betreuers/Betreuerin: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Aufgabenbereich(e) des 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 des zuständigen Sachbearbeiters/in: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Wann wurde ggfs. der Antrag auf Gesamtplanverfahren gestellt: \_\_\_\_\_

**Wichtige Bezugspersonen (Verwandte /Freunde):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Sozialbericht/Vorläufige Hilfebedarfsplanung liegt anbei** ja 0 nein 0**3. Persönlicher Lebenslauf/Suchtverlauf liegt anbei** 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