

<b>AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.</b> Standort e80 AWO Zentrum für seelische Gesundheit Roth [BW]	<b>Mitgeltendes Dokument</b>	
<b>E80 Aufnahmebogen</b>		

<b>Anmeldung zur Aufnahme in die Einrichtung</b>	AWO Zentrum für seelische Gesundheit Roth Friedrich-Ebert-Straße 38/40 91154 Roth Tel. 09171 85188 0 Fax 09171 85188 319 awozentrum.roth@awo-omf.de
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Beantworten Sie bitte alle Fragen

## 1. Anmeldende Einrichtung

(Name, Adresse, Tel., ggf. Station usw.)	Behandelnder Arzt / Zuständiger Mitarbeiter: (Name, Adresse, Tel., E-Mail)
------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------

## 2. Persönliche Daten

### 2.1 Angaben zur Person

Name:	Vorname:
Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	Geburtsdatum:
Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Anzahl Kinder:
Letzte Wohnanschrift:	Derzeit polizeilich gemeldet in:
Telefonnummer/Handynummer:	

### 2.2 Betreuung / Bewährungshilfe

Unterbringungsbeschluss? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis:	
Es besteht eine: <input type="checkbox"/> gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Bewährungshilfe	Aufgabenkreise: <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vertretung bei Behörden / Gerichten <input type="checkbox"/> Sonstige Aufgabenkreise:
Gesetzliche Betreuung (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bewährungshelfer*in (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)

Bearbeitung	Freigabe von / am	Revision	Seite
Barbara Böhm	Barbara Böhm (30.10.2024)	1	Seite 1 von 8

### 2.3 Kontaktpersonen

Angehörige (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Angehörige (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bezugs-, Kontaktperson (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)
Bezugs-, Kontaktperson (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Kontakt (Häufigkeit und Form)

## 3. Medizinische Daten

### 3.1 Diagnosen

Psychiatrisch:	Somatisch/Allgemeinmedizinisch:
----------------	---------------------------------

### 3.2 Medikation

Psychiatrisch:	Früh	Mittag	Abend	Nacht
Somatisch/Allgemeinmedizinisch:	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Depotspritzen?

nein  ja, in einem Zeitabstand von:

<b>AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.</b> Standort e80 AWO Zentrum für seelische Gesundheit Roth [BW]	<b>Mitgeltendes Dokument</b>	
<b>E80 Aufnahmebogen</b>		

### 3.3 Ärzte

Ambulant behandelnder Psychiater/Neurologe (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Hausarzt (Name, Adresse, Tel., E-Mail)
-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------

### 3.4 Bisherige Aufenthalte in psychiatrischen Einrichtungen (Kliniken, Heime, WGs, Wfb etc.)

Art der Einrichtung	Ort	Zeitraum	Diagnosen

## 4. Finanzielles und Administratives

### 4.1 Wohnplatzkosten

Die bei einer Aufnahme entstehenden Kosten werden aufgebracht durch <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Sozialverwaltung des Bezirks:
Wurde ein Kostenübernahmeantrag an die Sozialhilfeverwaltung gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am: _____ (Datum) an: _____ (Name Sachbearbeiter*in)
Sonstige Erläuterungen zur Kostenübernahme:

### 4.2 Monatliches Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag

### 4.3 Krankenversicherung

Krankenkasse (Name, Adresse, Tel., E-Mail)	Mitgliedsnummer :
Versicherungsverhältnis <input type="checkbox"/> Pflicht <input type="checkbox"/> freiwillig <input type="checkbox"/> Renter*in	Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Pflegegrad <input type="checkbox"/> keiner <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 Beschreibung des Pflegebedarfs (sofern vorhanden):	

Bearbeitung	Freigabe von / am	Revision	Seite
Barbara Böhm	Barbara Böhm (30.10.2024)	1	Seite 3 von 8

#### 4.4 Schwerbehindertenausweis

nein  
  ja, und zwar GdB (in %):  
     
  G  
  H  
  Sonstiges Merkmal:

#### 4.5 Rundfunkgebührenbefreiung

nein  
  ja

### 5. Lebenslauf

#### 5.1 Schulabschluss

--

#### 5.2 Berufsabschluss

--

#### 5.3 Bisherige Tätigkeiten (außerhalb der Einrichtung):

Von – bis (Monat / Jahr)	Art der Tätigkeit

#### 5.4 Bisherige Tätigkeiten (in der aktuellen Einrichtung):

Art der Tätigkeit	Regelmäßig?	Std. / Woche	Entgelt

### 6. Informationen zur Aufnahme und besondere Verhaltensweisen

Warum wird eine Aufnahme gewünscht?
Bisheriger Verlauf (Krankheitsverlauf, Krankheitsgeschichte, soweit bekannt)

**E80 Aufnahmebogen**

Befund / aktuelles Verhalten:

Was ist zu beachten: (Rückfall-/Belastungssituationen, Anzeichen beginnender Krisen etc.)

Fähigkeiten / Neigungen: (soweit – auch aus der Vergangenheit - bekannt)

Einschätzung / Perspektive: (Beschäftigungsmöglichkeiten in der Einrichtung,  
Entwicklungsansätze und -möglichkeiten)

Missbrauch von

	aktuell	zeitweise	früher	Nein / unbekannt	Bemerkungen / Erläuterungen:
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Schädigende Verhaltensweisen

	aktuell	zeitweise	früher	Nein / unbekannt	Bemerkungen / Erläuterungen:
Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bearbeitung	Freigabe von / am	Revision	Seite
Barbara Böhm	Barbara Böhm (30.10.2024)	1	Seite 5 von 8



<b>AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.</b> Standort e80 AWO Zentrum für seelische Gesundheit Roth [BW]	<b>Mitgeltendes Dokument</b>	
<b>E80 Aufnahmebogen</b>		

## Erklärung zur Schweigepflichtsentbindung

(Bitte mit den Anmeldeunterlagen mitsenden!)

Ich möchte in das

**AWO Wohnheim Frankenhöhe Markt Erlbach**

**Ansbacher Straße 14**

**91459 Markt Erlbach**

**Tel: 09106 9240280**

**Fax: 09106 924028-27**

aufgenommen werden und entbinde daher

meine(n) Arzt / Ärztin \_\_\_\_\_ (Name)

meine(n) Betreuer\*in \_\_\_\_\_ (Name)

sonstige Kontaktperson \_\_\_\_\_ (Name)

von ihrer Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeiter\*innen der Einrichtung. Es sollen diejenigen Informationen ausgetauscht werden dürfen, die für die Aufnahme notwendig sind.

\_\_\_\_\_

Ort / Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Bewerber\*in

<b>Bearbeitung</b>	<b>Freigabe von / am</b>	<b>Revision</b>	<b>Seite</b>
Barbara Böhm	Barbara Böhm (30.10.2024)	1	Seite 7 von 8

<b>AWO Bezirksverband Ober- und Mittelfranken e.V.</b> Standort e80 AWO Zentrum für seelische Gesundheit Roth [BW]	<b>Mitgeltendes Dokument</b>	
<b>E80 Aufnahmebogen</b>		

## Vorlage für ein ärztliches Zeugnis

(Bitte mit den Anmeldeunterlagen mitsenden!)

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Die durchgeführte Untersuchung ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Erkrankung.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arztes mit Stempel

<b>Bearbeitung</b>	<b>Freigabe von / am</b>	<b>Revision</b>	<b>Seite</b>
Barbara Böhm	Barbara Böhm (30.10.2024)	1	Seite 8 von 8