

Personenfragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in der Soziotherapie „Zum Euler“

für Herrn/Frau: _____

Um die vorliegende Aufnahmefrage schnellstmöglich bearbeiten zu können, benötigen wir noch weitere Informationen über die zur Aufnahme anstehende Person. Wir bitten Sie daher, die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig zu beantworten und uns den ausgefüllten Bogen umgehend wieder zurück zu senden!

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Ort: _____

Beruf: _____ Familienstand: _____

Derzeitige Anschrift: _____

Name und Anschrift der Krankenkasse: _____

Versicherungsnummer: _____

Besteht eine Rezepturbefreiung: _____ bis wann: _____

Existiert ein Schwerbehindertenausweis? ja nein

wenn ja, Angabe Prozent der Schwerbehinderung: _____ %

Wurde ein Antrag auf Pflegeversicherung gestellt? ja nein

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Name und Anschrift des Psychologen/ Psychiaters: _____

Besteht eine Betreuung?: ja nein ist beantragt

Wenn ja, für welche Wirkungskreise und bei wem? _____

Wurde ein individueller Hilfeplan (IHP) erstellt?: ja nein

Wenn ja, bitte in Kopie beilegen.

Wird Rente bezogen? ja nein wenn ja, welche?:

Wurde ein Rentenanspruch gestellt? ja nein ist beabsichtigt

Besteht eine körperliche Behinderung? Wenn ja, welche?

In welchen Bereichen und in welchem Umfang benötigt der Antragsteller bestimmte Hilfen?

Liegen psychische Störungen vor? Wenn ja, welche?

Bestehen ansteckende Krankheiten? ja nein und zwar:
(bitte ärztliches Attest beifügen)

Ist der Antragsteller zeitlich
örtlich
situativ
persönlich orientiert?

Welche Medikamente müssen derzeit verabreicht werden?:

Ist der zur Aufnahme Anstehende mit der Wahl der Einrichtung einverstanden?

ja nein

Folgende Unterlagen sind **vor** Aufnahmezusage zu erbringen:

- aktueller Arztbericht mit Diagnoseschlüssel nach dem ICD 10
- aktueller Sozialbericht
- ärztliches Zeugnis, dass keine ansteckende Lungenerkrankung vorliegt
- Kopie der Betreuungsurkunde (falls gesetzliche Betreuung besteht)
- schriftliche Kostenzusage des überörtlichen Sozialhilfeträgers

Datum: _____ Antragsteller: _____

Betreuer/Fachkraft: _____