

# Aufnahmeantrag Tagesstätte Wilhelmstraße



NIENHOF – Verein zur Förderung psychosozialer Arbeit e.V.

Dieser einheitliche Aufnahmeantrag ist eine Arbeitshilfe der regionalen Arbeitsgruppen der Tagesstättenteams in Westfalen-Lippe und der westfälischen Mitglieder einer Arbeitsgruppe der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW, Stand 19.11.2002

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Tagesstätte Wilhelmstraße

Name  Vorname  Geb.

Straße  PLZ.  Ort

Tel. Privat  Familienstand  Kinder, Alter und Geschlecht (♀ ♂)

Ehe o. LebenspartnerIn / Bezugs- o. Vertrauensperson  Telefon

Krankenversicherungsschutz besteht  nein  ja

Kann selbständig kommen  nein  ja

Betreuungsverhältnis nach §§ 1896 ff BGB  nein  ja / für die Bereiche:

Mit Einwilligungsvorbehalt  nein  ja

Name und Anschrift des Betreuers  Telefon

Schwerbehindertenstatus  nein  ja mit \_\_\_\_\_ Prozent / Wertmarke

## I. Ausbildung

Art der Schule / Abschluss

1)  3)

2)  4)

## II. Berufliche Tätigkeiten

Lehre / sonst. Tätigkeiten

1)  4)

2)  5)

3)  6)

Allgemeine Angaben

Ausbildung / Beruf

### III. Vorgeschichte / Krankheitsverlauf

a) \_\_\_\_\_  
Ersterkrankung (erstmalige Behandlung) Monat / Jahr

c) \_\_\_\_\_  
Anzahl der stat. Behandlungen insgesamt

b) \_\_\_\_\_  
Letzter stationärer Aufenthalt / Monat / Jahr

d) \_\_\_\_\_  
Gesamtdauer aller stat. Behandlungen insgesamt in Wochen

e) Stationäre Behandlungen  
von – bis / wo?

---

---

---

---

f) Mein derzeitiger Facharzt ist

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift, Telefonnummer

g) Meine Diagnose lautet

\_\_\_\_\_  
Psychiatrische und ggf. sonstige somatische Diagnose

h) Ich nehme derzeit folgende Medikamente

Medikament / Dosierung	morgens	mittags	abends	nachts

i) Sonstige Maßnahmen die in dieser Zeit versucht / durchlaufen worden sind  
Z.B. Therapien, Bildungsmaßnahmen etc.

---

---

---

---

#### IV. Erwartungen

Was erwarte ich von der Tagesstätte / Was will ich hier erreichen / Meine Ziele / etc..

---



---



---



---



---

Erwartungen

#### V. AKTUELLE BEHANDLUNGS- + BETREUUNGSSITUATION

Beteiligte Dienste und Einrichtungen mit denen ich in Kontakt stehe

Dienst / Einrichtung	Ansprechpartner:	Tel.:

Allgemeine soziale Situation

##### b) Lebensform

- Alleinlebend
- ...mit EhepartnerIn / Lebensgefährtn
- bei Eltern
- bei Mutter
- bei Vater
- bei Kind/ern
- bei Verwandten
- bei Freunden
- bei Anderen

- Vereine / Selbsthilfe / Kontakt- und Beratungsstelle /etc.
- Religionszugehörigkeit : \_\_\_\_\_
- Sonstige : \_\_\_\_\_

##### c) Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Elterliche Wohnung
- Wohngemeinschaft
- Möbliertes Zimmer
- Heim
- Obdachlos
- Sonstiges : \_\_\_\_\_

##### e) Einkommensverhältnisse

- Eigene Erwerbstätigkeit
- Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente
- Witwenrente
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld 1
- Arbeitslosengeld 2
- Sozialhilfe
- Unterhalt durch Angehörige

\_\_\_\_\_ durch wen?

\_\_\_\_\_ Sonstige Einkommen

\_\_\_\_\_ Höhe des Nettoeinkommens / Familieneinkommens

##### d) Bedeutsame Kontakte

- Zu Angehörigen
- Zu Freunden
- Zu Kollegen
- Zu Nachbarn / Mitbewohnern

VI. Freizeit

Wie und womit verbringe ich meine freie Zeit

a) Hobbies:

b) Interessen:

c) Sonstiges:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Allgemeine soziale Situation

VII. Einschätzung der/s vermittelnden Einrichtung / Dienstes - Besonderheiten

Warum soll der Klient die Tagesstätte besuchen / kurze Stellungnahme (kann bei ausführlichem Sozialbericht entfallen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Externe Ziele / Perspektive

Ggf. Rückseite benutzen

Unterschriften: Ort; Datum; Antragsteller

/

Ort; Datum; Vermittler

