

Übergangseinrichtung für Menschen mit seelischer Erkrankung
Marianne-Leipziger-Haus

Bucher Straße 56, 90408 Nürnberg

Tel: 0911/ 9363340

Fax: 0911/ 390366

Aufnahmebogen für die Rehabilitationsmaßnahme
im
Marianne-Leipziger-Haus

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie bewerben sich um einen Platz im Marianne-Leipziger-Haus.

Für die Vereinbarung eines Aufnahmegespräches benötigen wir den vor Ihnen liegenden Aufnahmebogen und eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme. Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen möglichst vollständig aus. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie zu den jeweiligen Punkten die Rückseite zu benutzen oder ein gesondertes Blatt einzufügen. Der ausgefüllte Aufnahmebogen dient der Vorbereitung für das folgende Aufnahmegespräch.

Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Unterstützung in Anspruch nehmen wollen, wenden Sie sich bitte an einen für Sie zuständigen Mitarbeiter der Klinik oder an einen Menschen Ihres Vertrauens. Kommt eine Aufnahme nicht zustande, vernichten wir Ihre Unterlagen nach einer Frist von 3 Jahren. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Angaben grundsätzlich dem Datenschutz unterliegen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

I. Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

geb.: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Kinder: _____

aktuelle Adresse: _____

Telefon: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Geschwister(Alter): _____

Ist eine Betreuung eingerichtet?Ja Nein

Wirkungskreis:

Betreuer(in):

Anschrift:

Telefon:

Haben Sie Bewährungsauflagen zu erfüllen?Ja Nein Ist ein Strafverfahren anhängig?Ja Nein Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?Ja Nein

Wenn ja, Grad der Behinderung:

Krankenversicherung:

Versicherungsnummer:

Rentenversicherung:

Versicherungsnummer:

Wie finanzieren Sie momentan Ihren Lebensunterhalt (z.B. Alg.II, Krankengeld, Rente, etc.)?

_____Haben Sie über den Betrag von 5.000,- € hinausgehend Vermögen? Ja Nein Derzeitig zuständige Ärzte und/oder Betreuungspersonen:

ambulant:

stationär:

derzeitige Medikation:

II. Tabellarische Aufstellung von Schul-, Ausbildungs- und Erwerbstätigkeiten

Bitte führen Sie so weit wie möglich Ihren schulischen und beruflichen Werdegang auf. Es reicht die Angabe der Monats- und Jahreszahl aus. Fügen Sie bitte bei Abbrüchen oder sonstigen unregelmäßigen Beendigungen stichwortartig eine Begründung dazu.

von – bis

Art (Schule, Ausbildung, Berufstätigkeit, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

III. Tabellarische Aufstellung von Krankheitszeiten, Klinikaufenthalten und anderen psychiatrischen Behandlungen

von – bis

Ort

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Fragen zur Erkrankungsgeschichte (Bitte geben Sie möglichst kurze Antworten)

Schildern Sie bitte Ihre aktuellen Schwierigkeiten, Beschwerden, Symptome.

.....
.....
.....

Wann und wie haben Sie selbst zum ersten Mal Veränderungen und Auffälligkeiten bei sich festgestellt?

.....
.....
.....

Haben Sie schon versucht sich das Leben zu nehmen oder ernsthafte Planungen dazu unternommen? Wann ?

.....
.....
.....

Gab es in Ihrem Leben Phasen von Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch und/oder Medikamentenmissbrauch? Welche Substanz haben Sie benutzt und über welchen Zeitraum?

.....
.....
.....

Haben Sie Erfahrungen mit anderen Süchten (Spielsucht, Magersucht usw.)? Wann und wie lange?

.....
.....
.....

Haben Sie sich schon einmal Verletzungen in nicht suizidaler Absicht (z.B. Schnittwunden) zugefügt? Aus welchem Grund und über welchen Zeitraum?

.....
.....
.....

Wie ist ihre Haltung zur momentanen medikamentösen Behandlung?

.....
.....
.....
.....

V. Welche Veränderungen streben Sie in Ihren Leben an?

Bereich der Alltagsbewältigung/Alltagsgestaltung:
(z.B. Haushaltsführung, Umgang mit Geld, Freizeitgestaltung, Behörden usw.)

.....
.....
.....
.....
.....

Bereich der Krankheitsbewältigung/Medizinische Versorgung:
(z.B. Rechtzeitiges Erkennen von Krisen, Wissen über die Erkrankung usw.)

.....
.....
.....
.....
.....

Bereich der Entwicklung und Stabilisierung von sozialen Kompetenzen:
(z.B. Wahrnehmung und Ausdruck eigener Bedürfnisse, Kontakte zu anderen Menschen aufnehmen lernen, Konflikte austragen können usw.)

.....
.....
.....
.....
.....

Bereich Arbeit und Beschäftigung:
(z.B. Entwicklung und Verbesserung vorhandener Ressourcen für die Erwerbstätigkeiten, Berufsfindung, Vorbereitung einer Ausbildung usw.)

.....
.....
.....
.....

VI. Aktueller Hilfebedarf, Ressourcen und Maßnahmevorschlag

Das nachfolgende Formblatt (Aktuelle Hilfebedarf – Ressourcen – Ziele) ist Bestandteil des Gesamtplanverfahrens der bayerischen Bezirke, mit dem die erforderlichen Maßnahmen für psychisch kranke Menschen festgestellt und in die Wege geleitet werden.

In dem Formblatt werden Ihre aktuelle Situation, die aktivierbaren Ressourcen sowie Ihre Ziele beschrieben.

Zum Ausfüllen sollten Sie sich Unterstützung bei den dafür vorgesehenen fachlichen Stellen, z.B. Beratungsstellen, Kliniksozialdiensten oder den gesetzlichen Betreuern suchen. Haben Sie keinen der genannten Ansprechpartner, bleibt dieser Teil unausgefüllt.

AKTUELLER HILFEBEDARF – RESSOURCEN – ZIELE

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage	Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfes	Förderziele
Umgang mit Auswirkungen der Behinderung (z.B. Krankheitseinsicht, Compliance, Krisensituation, Arztbesuche, Medikamenteneinnahme)			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
Aufnahme und Gestaltung persönlicher, sozialer Beziehungen			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
Selbstversorgung und Wohnen			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	

AKTUELLER HILFEBEDARF – RESSOURCEN - ZIELE

	Beschreibung der aktuellen Situation/Problemlage	Beschreibung vorhandener Fähigkeiten, aktivierbarer Ressourcen	Einschätzung des Hilfebedarfes	Förderziele
Arbeit, arbeitsähnliche Tätigkeiten, Ausbildung			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	
Tagesgestaltung, Freizeit, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben			<input type="checkbox"/> keine Hilfestellung <input type="checkbox"/> Information und Beratung <input type="checkbox"/> Erschließung von Hilfen im Umfeld <input type="checkbox"/> individuelle Planung, Beobachtung, Rückmeldung <input type="checkbox"/> begleitende, übende Unterstützung <input type="checkbox"/> intensives individuelles Angebot	

Ergänzende Ausführungen zum Hilfebedarf, Krisenzeiten usw.

Datum

Anschrift des Erstellers (z.B. Sozialdienst, Beratungsstelle, etc.)

Unterschrift des Erstellers

VII. Schweigepflichtsentbindung und Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich _____

Bitte tragen Sie hier Ihren Namen, Vornamen und Ihr Geburtsdatum ein

Frau Dr. med./Herrn Dr. med.: _____

das Klinikum: _____

die Einrichtung: _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem **Marianne-Leipziger-Haus**, Nürnberg.

Ich möchte an einer Maßnahme der medizinischen Rehabilitation im Marianne-Leipziger-Haus teilnehmen. Deswegen bin ich damit einverstanden, dass die Kostenübernahme bei meiner Krankenkasse, dem Rentenversicherungsträger, dem überörtlichen Sozialhilfeträger oder dem Jugendamt vom Marianne-Leipziger-Haus in die Wege geleitet wird. Die zur Bewerbung eingereichten Unterlagen, insbesondere fachärztliche Stellungnahmen dürfen an die Kostenträger weitergegeben werden.

Datum: _____

Unterschrift: _____