

# Anmeldung zur Aufnahme in Einrichtungen des Bereiches Suchthilfe der Hoffnungstaler Anstalten



(Bitte mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen und Gesamthilfeplan nach § 58 SGB XII einreichen)

1. \_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname Geburtsdatum/ Geburtsort

2. Wohnort oder derzeitiger Aufenthaltsort (Bitte vollständige Anschrift angeben) Telefon: \_\_\_\_\_

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

3. Welches Sozialamt ist für die Kostenübernahme zuständig? : \_\_\_\_\_

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

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

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Wurde eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt beantragt?  ja  nein

Wann ? \_\_\_\_\_

Liegt eine Kostenzusage vor?  ja  nein

schriftlich  mündlich

5. Krankenversicherung bei: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

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

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

6. Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

7. Rentenversicherung: \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_

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

Telefon Nr: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Rente:  ja  nein

Art der Rente angeben: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

auszahlende Stelle: \_\_\_\_\_

Bitte den Rentenbescheid beilegen!

8. Arbeitsverwaltung: \_\_\_\_\_ Abmeld. \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle: \_\_\_\_\_ Kunden Nr: \_\_\_\_\_

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

Telefon Nr. \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

9. Wann soll die Aufnahme nach Möglichkeit erfolgen? \_\_\_\_\_

10. Einrichtung: \_\_\_\_\_

Haus: \_\_\_\_\_

11. Vermerk an Kosten-, Leistungssicherung: \_\_\_\_\_

12. Persoanalausweis: Ausstellende Behörde: Aufbewahrungsort:	PA.Nr. _____ _____ Gültig: _____ _____																
13. Schwerbehindertenausweis: Grad der Behinderung: Ausstellende Behörde: Aufbewahrungsort:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      Az: _____ _____ _____ Gültig : _____ _____																
14. Angehörige Eltern: Geschwister: Partner, Kinder:	_____ _____ _____ _____																
15. Bestehende Kontakte zu Angehörigen (Eltern, Geschwistern, Kindern, Partnern):																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Name/Vorname</th> <th style="width: 40%;">Anschrift</th> <th style="width: 15%;">Telefon</th> <th style="width: 20%;">Verw.-verhältnis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Name/Vorname	Anschrift	Telefon	Verw.-verhältnis												
Name/Vorname	Anschrift	Telefon	Verw.-verhältnis														
16. Betreuer	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Anschrift</th> <th style="width: 70%;">Telefon/ FAX / E-Mail</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Anschrift	Telefon/ FAX / E-Mail														
Anschrift	Telefon/ FAX / E-Mail																
Amtsgericht: _____ Richterin: _____ Art des Beschlusses: _____ gültig von - bis _____ Geltungsbereich: <input type="checkbox"/> Aufenthaltbestimmung <input type="checkbox"/> Einwilligungsvorbehalt <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Entscheidung über Unterbringung und unterbringungsähnlicher Massnahmen <input type="checkbox"/> Sonstiges																	
17. Schulbesuch von-bis: _____  Berufsausbildung: _____	Schulabschluß: _____ _____ _____																
18. Berufliche Tätigkeiten von-bis: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																	
19. ärztliche Behandlung bei:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Anschrift</th> <th style="width: 70%;">Telefon</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hausarzt:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Fachärzte:</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Anschrift	Telefon	Hausarzt:				Fachärzte:									
Anschrift	Telefon																
Hausarzt:																	
Fachärzte:																	

20. Wann, welche suchtspezifischen Kontakte, (z.B. Beratungsstelle, Selbsthilfegruppe, Klinik)

---

---

---

---

---

---

---

---

21. Welche Besonderheiten sind bei dem Aufzunehmenden zu beachten?  
(z.B. laufende oder bevorstehende Strafverfahren und Schulden)

---

---

---

---

22. Persönliche Interessen/ Freizeitbeschäftigung

---

---

---

---

---

---

23. Besucht oder besuchte der Aufzunehmende eine Werkstatt für Behinderte?  ja  nein  
Wann ? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

24. Folgende Papiere sind bei einer Heimaufnahme notwendig:

Personalausweis,	Krankenkassenkarte	Schwerbehindertenausweis
Geburtsurkunde	Testament	GEZ Befreiung
Wenn vorhanden Sozial- u. Entwicklungsbericht		

**Vorbedingungen: Freiwilligkeit, Akzeptanz der Betreuungsvereinbarung, Entgiftung**

25. Antrag wird gestellt:

\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift des Antragstellers

26. Termin Vorgespräch: \_\_\_\_\_

27. Vermerke:

---

---

---

---

---

---

---

---