

Anmeldebogen (von InteressentIn auszufüllen)

Name:

Vorname:

geb. am:

Ort:

Familienstand:

Anschrift:

Telefon:

Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation:

Eigene Wohnung

Wohnheim

Bei den Eltern/Verwandten

Ohne festen Wohnsitz

Wohngemeinschaft

Andere.

Erläuterung:

Adresse:

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Für welche Bereiche?

Bisherige psychiatrische Behandlung:

Diagnose:

Zeit:

Ort:

ambulant/stationär:

Behandelnder Facharzt:

Anmelde- und Aufnahmeverfahren

Buchheimer Weg 40 51107 Köln Tel. 0221 – 82 95 83 64 Fax 0221 – 82 95 83 65

info@koeln-ring.de

Zuständig bei Rückfragen (Facharzt, Sozialarbeiter, Schwester, Pfleger, usw.)

Besteht eine Pflegestufe?

Bestehen behördliche Auflagen?

Wenn ja, bitte Unterlagen beifügen (z.B. Arztbericht, Sozialbericht, Unterbringungsbeschluss, Bewährungsauflage)

Liegt ein Hilfeplan vor?

Liegt eine Kostenzusage vor oder ist sie beantragt?

Fähigkeiten, Interessen:

Schwierigkeiten:

Welche Situation ist für Sie besonders belastend?

(Eventuell so sehr, dass sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtern könnte?)

Persönliche Motivation, Wünsche bzw. Gründe, betreut zu werden:

Der Beirat der Klientenschaft der Köln-Ring GmbH ist eine Interessenvertretung psychiatrieerfahrener Menschen und ist aus der Bewohnerschaft/Klientenschaft gewählt worden.

Daher fragen wir Sie, ob der Vertreter des Heimbeirates die Einsicht in die Bewerbungsunterlagen haben kann und beim Erstgespräch beisitzen darf.

Daher kreuzen Sie mit JA oder NEIN an.

JA

NEIN

Datum:

Unterschrift:

Köln-Ring Gesellschaft für begleitendes Wohnen mbH Gürzenichstr. 19 50667 Köln Fon 0221 - 829 583 13 Fax 0221 - 925 59 43

Verwaltungsratsvorsitzender: Heinz Soénius **Geschäftsführer:** Walter Weller, Johannes Schmitz **Prokurist:** Sami Gandhi

Sitz der Gesellschaft: Köln, Reg.-Nr. HRB 10990 www.koeln-ring.de

Bankverbindung: Pax-Bank Köln BLZ 370 601 93 Konto 356 150 16 IBAN: DE 87370601930035615016 SWIFT-BIC: GENODED1PAX

Anmeldebogen (vom Facharzt auszufüllen)

Name:

Vorname:

geb. am:

Ort:

wohnhaft:

Tel.:

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Für welche Bereiche?

Diagnose:

Besteht eine Pflegestufe?

Hat bei dem Patienten/der Patientin ein Alkohol-, Medikamenten- und (oder) Drogenabusus bestanden? Besteht – wenn ja – noch eine Neigung dazu?

Bestehen behördliche Auflagen? Wenn ja, bitte Unterlagen beifügen (z. B. Arztbericht, Sozialbericht, Unterbringungsbeschluss, Bewährungsaufgabe).

Dauer und Häufigkeit der gesamten stationären Behandlung:

Wie war der Patient/die Patientin vor der stationären Behandlung sozial eingegliedert?

Auswirkung der Erkrankung/Behinderung:

Ist der/die PatientIn krankheitseinsichtig?

Aktuelle Medikation:

Wie ist der Umgang mit verordneten Medikamenten?

Ärztliche/pädagogische Stellungnahme zur Notwendigkeit der angestrebten Maßnahme und Prognose:

Datum:

**Unterschrift
Facharzt/Stempel:**