

Anmeldebogen

(von Ärztin/Arzt auszufüllen)

Name:

Vorname:

geb. am:

Ort:

wohnhaft:

Tel.:

Anschrift:

polizeilich gemeldet:

Betreuung / wenn ja, welche?

(Anschrift/Zeitpunkt der Anordnung):

Diagnose:

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, Unterbringungsbeschuß, Bewährungsauflage)

Dauer und Häufigkeit der gesamten stationären Behandlung:

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

- a. in der Familie
- b. außerhalb des Familienverbandes

Auswirkung der Erkrankung/Behinderung

- a. im sozialen Bereich:
- b. im Arbeitsbereich:
- c. bei der Selbstversorgung:

Ist der/die PatientIn krankheitseinsichtig?

Wie ist der Umgang mit verordneten Medikamenten?

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

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