

Datum:

Aufnahme-Management
Maria-Himmelfahrt-Str. 1b
51067 Köln
Tel: 0221-82 95 83-64
aufnahme@koeln-ring.de
www.koeln-ring.de

Köln-Ring gGmbH | An St. Heinrich 1 | 50679 Köln

Anmeldebogen Interessent*in

Allgemeine Angaben

Name: _____ Vorname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: m ☐ w ☐ d ☐
(bitte ankreuzen)

Familienstand: _____

E-Mail: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

Besteht zum jetzigen Zeitpunkt eine gesetzliche Betreuung/Führungsaufsicht?

Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen)

Name: _____

E-Mail: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

Im Falle von ja, für welche Bereiche?

Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

(bitte ankreuzen)

☐ eigene Wohnung

☐ eine Wohngemeinschaft

☐ betreute Wohnform

☐ ohne festen Wohnsitz

☐ bei den Eltern/Verwandten

Diagnose

Wurden Sie schon psychiatrisch betreut? Ja ☐ Nein ☐

(bitte ankreuzen)

Wie lautet Ihre aktuelle Diagnose?

Bisherige psychiatrische Behandlung? (u. a. Tagesklinik, Klinik)

(Bitte entsprechende Arzt- und Entlassungsberichte beilegen)

Wer ist Ihr*e behandelnde*r Psychiater*in?

Name: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Zuständige Person bei Rückfragen (Sozialarbeiter*in, Angehörige, Pfleger*in):

Name: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Besteht ein Pflegegrad? Ja ☐ Nein ☐ Pflegegrad: _____
(bitte ankreuzen)

Bestehen behördliche Auflagen? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen – wenn ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Besteht ein Hilfeplan/BEI? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen – wenn ja, bitte entsprechende Unterlagen beifügen)

Existiert eine Kostenzusage oder wurde sie beantragt? Ja ☐ Nein ☐
(bitte ankreuzen)

Was sind Ihre persönlichen Interessen?

Welche Situationen sind für Sie besonders belastend? Wie bewältigen Sie Konflikte?
(Eventuell so sehr, dass sich Ihr Gesundheitszustand verschlechtern könnte?)

Was ist Ihre persönliche Motivation von uns betreut zu werden?

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____