

**AUFNAHMEANTRAG FÜR DAS BETREUTE WOHNEN IN GRUPPEN
ODER AMBULANT BETREUTES EINZELWOHNEN
BEI LIEWEN DOBAUSSEN ASBL**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass der vorliegende Antrag ein Jahr gültig ist; nach Ablauf dieser Frist muss er - sollte weiterhin der Wunsch nach einer Betreuung bestehen - schriftlich (per Brief oder E-mail) erneuert werden. Ohne Verlängerung kann der Antrag nach Ablauf der Jahresfrist nicht mehr berücksichtigt werden.

Datum: _____

*Bitte kleben Sie hier
ein Foto neueren
Datums ein oder
fügen Sie dem Antrag
eines hinzu.*

I. Persönliche Daten

- Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum und -ort: _____

Familienstand: _____ Nationalität: _____

Tel.: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Ich spreche folgende Sprachen : _____

- Wohnsituation

Wohnsitz (offizielle Adresse) : _____

Aufenthaltort (falls nicht identisch mit Wohnsitz) : _____

- Angaben zu Kontaktpersonen/ Betreuern :

Kontaktperson: _____

Institution/Behörde: _____

Tel. : _____ Fax : _____ E-mail : _____

II. Persönliche Angaben

1. Zur aktuellen Situation

1) Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation? Warum suchen Sie jetzt eine Unterkunft im betreuten Wohnen oder im ambulant betreuten Einzelwohnen?

2. Ihre vorherige Wohnsituation

Wo haben Sie vorher gelebt? (Private Wohnung, Klinik, Therapieeinrichtung):

Ort	Zeitraum	Erläuterung

3. Berufliche Situation

- Schulische Laufbahn

Das zuletzt erfolgreich beendete Schuljahr, abgeschlossene Ausbildung, Diplom:

- Berufliche Laufbahn

Aktueller Arbeitgeber seit : _____

Frühere Arbeitgeber :

Arbeitgeber/ Unternehmen	von	bis

Einstellung der Berufstätigkeit : (wenn ja, wann ?) _____

Unter welchen Umständen (Entlassung, Kündigung, Krankmeldung....) ?

III. Angaben zur Familie

1. Familienangehörige

<u>Verwandschaftsgrad</u>	<u>Name</u>	<u>Vorname</u>	<u>Adresse</u>	<u>Kontakt</u>

2. Weitere Vertrauenspersonen

<u>Name</u>	<u>Vorname</u>	<u>Adresse</u>	<u>Tel.</u>

IV. Auskünfte zum Einkommen

1. Besteht eine gesetzliche Betreuung ?

- Art der Betreuung (*Bitte das Entsprechende ankreuzen*)

Tutelle

Andere _____

Curatelle

Keine

Sauvegarde de justice

- Gesetzlicher Betreuer

(Angaben zur Person des gesetzlichen Betreuers)

Organisation: _____

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

2. Einkommen (bitte das Entsprechende ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Gehalt	<input type="checkbox"/> Altersrente
Arbeitgeber:	Rentenkasse:
Betrag:	Betrag:
<input type="checkbox"/> Arbeitslosengeld	<input type="checkbox"/> Revis oder <input type="checkbox"/> RPGH
Betrag:	Betrag:
<input type="checkbox"/> Invalidenrente AVI	<input type="checkbox"/> Unterhalt
Rentenkasse:	Überwiesen durch:
Betrag:	<i>Adresse)</i>
	Betrag:

V. Ihre aktuelle Situation

Welche Tagesstruktur haben Sie aktuell ? Haben Sie ein spezifisches Programm (Therapie, Arbeit, etc.)?

Hiermit autorisiere ich,, das entsprechende Personal von Liewen Dobaussen meine persönlichen Daten, gemäß dem Gesetz zum Schutz persönlicher Daten vom 25. Mai 2018 (GDPR), ausschließlich zum Zweck einer besseren Betreuung zu sammeln, zu bearbeiten und zu archivieren. Meine Daten werden 10 Jahre nach meinem letzten Kontakt mit Liewen Dobaussen vernichtet.

Unterschrift :

VI. Medizinische Auskünfte

Bitte vom behandelnden Arzt ausfüllen lassen

Angaben zum Klienten

Name, Vorname : _____

Krankenkasse : _____

Versicherungsnummer : _____

Behandelnder Allgemeinmediziner: _____

Behandelnder Psychiater: _____

1. Vorerkrankungen und aktuelle medizinische Beschwerden :

- Fügen Sie bitte medizinische Berichte der verschiedenen Fachärzte, welche die somatischen Erkrankungen des Antragstellers behandeln, hinzu.

Vorerkrankungen : _____

2.1 Impfungen : (Daten, Auffrischung) Fügen Sie bitte eine Kopie des Impfpasses hinzu.

Tetanus : _____ Hepatitis A : _____ Hepatitis B : _____

Grippe : _____ Andere : _____

2.2. Allergien : _____

2.3 Gewicht : _____ Größe : _____

2.4 Aktuelle, regelmäßige Medikation: Fügen Sie bitte eine Kopie der Medikamente und der Dosierung hinzu

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht

2. Psychiatrische Anamnese und aktuelle psychiatrische Erkrankung:

Anamnese :
.....
.....
.....

Aktuelle Diagnose und Beschreibung der Erkrankung. Bitte fügen Sie dem Antrag einen **Bericht des behandelnden Psychiaters** hinzu, aus dem die Notwendigkeit einer Betreuung in einer (sozial-)psychiatrischen Wohnstruktur hervorgeht. In diesem Bericht muss die aktuelle Diagnose laut ICD-10 aufgeführt sein.

3. Vorherige Krankenhausaufenthalte : (Klinik und Zeitraum)

4. Kommentare/ Besonderheiten :

Bitte schicken Sie den Antrag an folgende Adresse:

Liewen Dobaussen asbl
z. H. des Psychiaters
B.P. 134
L-9002 Ettelbruck