

**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"/> <b>Gehalt</b>	<input type="checkbox"/> <b>Altersrente</b>
Arbeitgeber:	Rentenkasse:
Betrag:	Betrag:
<input type="checkbox"/> <b>Arbeitslosengeld</b>	<input type="checkbox"/> <b>Revis</b> oder <input type="checkbox"/> <b>RPGH</b>
Betrag:	Betrag:
<input type="checkbox"/> <b>Invalidenrente AVI</b>	<input type="checkbox"/> <b>Unterhalt</b>
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