

Fragebogen:

Für die Aufnahme in eine Betreuung durch die WABe gGmbH benötigen wir von Ihnen eine Reihe privater Daten und Informationen. Bitte füllen Sie die untenstehenden Felder möglichst vollständig aus.

Aufnahme in :	<input type="checkbox"/> Wohnheim Höf und Haid <input type="checkbox"/> Außenwohngruppe Fulda <input type="checkbox"/> Jugend – Wohngemeinschaft <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
----------------------	---

Datum Vorstellung:	überreicht durch:
---------------------------	--------------------------

Name (Geburtsname):	Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
bisherige Anschrift:		
derzeitiger Aufenthalt:	<input type="checkbox"/> Klinik <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Telefonnummer:	Mobil:	
E-Mail:		
Familienstand:	erlernter Beruf:	
Schulabschluss:		
Staatsangehörigkeit:	Konfession:	
Kinder:		
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	GdB:
Krankenkasse:	KV-Nummer:	Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
derzeitige Finanzierung des Lebensunterhaltes:	<input type="checkbox"/> LWV <input type="checkbox"/> Amt für Arbeit und Soziales <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Eigenmittel <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Erwerbstätig <input type="checkbox"/> sonstiges:	
Rentenbezug:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Rentenversicherungsnummer:		Rententräger:

Gesetzliche Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bereiche:	<input type="checkbox"/> Finanzen	<input type="checkbox"/> Gesundheit	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
	<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	
	<input type="checkbox"/> weitere		
Name/Anschrift:			
Telefon:			
Liegt ein Einwilligungsvorbehalt vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Merkmale:			
Primärdiagnose:			
weitere Diagnosen:			
letzter stationärer Aufenthalt:	von:	bis:	
Klinik:			
Liegt ein ärztlicher Entlassungsbericht vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
(wenn ja, bitte eine Kopie beifügen)			
Ärztliche Versorgung:	Name:	Anschrift	
Hausarzt:			
Psychiater/Neurologe:			
Zahnarzt:			
Gynäkologe:			
Psychologe / Psychotherapeut:			
weitere Fachärzte:			
Nächste Angehörige:	Name:	Anschrift (Telefon):	Informations- weitergabe erlaubt
Mutter:			<input type="checkbox"/>
Vater:			<input type="checkbox"/>
Sonstige:			<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits schon einmal von der WABe betreut:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Unterschrift:	Datum:
Unterschrift gesetzl. Vertreter:	Datum:
Vorstellungstermin: Der Klient wurde begleitet durch: Name:	

Bei Aufnahme bringen Sie bitte folgende Unterlagen mit:

- ausgefüllter Fragebogen
und (sofern vorhanden):
- Kopie Betreuerausweis, Personalausweis, Entlassungsbericht, medizinische Gutachten, Krankenversicherungskarte/Befreiungsausweis, Schwerbehindertenausweis, Medikamentenverordnung, Depotpass, GEZ-Teilnehmernummer (letzter GEZ-Bescheid), Impfpass, Sozialversicherungs-/Rentenausweis,