



# Aufnahmeantrag Tagesstätte

Ich bewerbe mich um Aufnahme in die Tagesstätte:

Dülmen /  Coesfeld

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb. \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ. \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Tel. Privat \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_ Kinder, Alter und Geschlecht (♀ ♂) \_\_\_\_\_

Ehe o. Lebenspartnerin / Bezugs- o. Vertrauensperson \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsschutz besteht  nein  ja

Kann selbständig kommen  nein  ja

Betreuungsverhältnis nach §§ 1896 ff BGB  nein  ja / für die Bereiche: \_\_\_\_\_

Mit Einwilligungsvorbehalt  nein  ja

Name und Anschrift des Betreuers \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenstatus  nein  ja mit \_\_\_\_\_ Prozent / Wertmarke \_\_\_\_\_

## I. Ausbildung

Art der Schule / Abschluss

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

## II. Berufliche Tätigkeiten

Lehre / sonst. Tätigkeiten

1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

Allgemeine Angaben

Ausbildung / Beruf

III. Vorgeschichte / Krankheitsverlauf

a) \_\_\_\_\_  
Ersterkrankung (erstmalige Behandlung) Monat / Jahr

c) \_\_\_\_\_  
Anzahl der stat. Behandlungen insgesamt

b) \_\_\_\_\_  
Letzter stationärer Aufenthalt / Monat / Jahr

d) \_\_\_\_\_  
Gesamtdauer aller stat. Behandlungen insgesamt in Wochen

e) Stationäre Behandlungen  
von – bis / wo?

---

---

---

f) Mein derzeitiger Facharzt / Fachärztin ist

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift, Telefonnummer

g) Meine Diagnose lautet

\_\_\_\_\_  
Psychiatrische und ggf. sonstige somatische Diagnose

h) Ich nehme derzeit folgende Medikamente  
Medikament / Dosierung

---

---

---

---

i) Sonstige Maßnahmen die in dieser Zeit versucht / durchlaufen worden sind  
Erwartungen

Z.B. Therapien, Bildungsmaßnahmen etc.

---

---

---

---

#### IV. Erwartungen

Was erwarte ich von der Tagesstätte / Was will ich hier erreichen / Meine Ziele / etc..

---



---



---



---



---

Erwartungen

#### V. AKTUELLE BEHANDLUNGS- + BETREUUNGSSITUATION

Beteiligte Dienste und Einrichtungen mit denen ich in Kontakt stehe

	Dienst / Einrichtung	Ansprechpartner*in:	Tel.:
Fallverantwortung			

Allgemeine soziale Situation

#### b) Lebensform

- Alleinlebend
- ...mit Ehepartner\*in / Lebensgefährt\*in
- Eltern
- Mutter
- Vater
- Kind\*ern
- Verwandten
- Freund\*innen
- Anderen

- Vereine / Selbsthilfe / KBSt / etc.
- Religionszugehörigkeit : \_\_\_\_\_
- Sonstige : \_\_\_\_\_

#### c) Wohnsituation

- Eigene Wohnung
- Elterliche Wohnung
- Wohngemeinschaft
- Möbliertes Zimmer
- Heim
- Obdachlos
- Sonstiges : \_\_\_\_\_

#### e) Einkommensverhältnisse

- Eigene Erwerbstätigkeit
- Berufsunfähigkeitsrente
- Erwerbsunfähigkeitsrente
- Altersrente
- Witwenrente
- Krankengeld
- Arbeitslosengeld
- Arbeitslosenhilfe
- Sozialhilfe
- Unterhalt durch Angehörige

\_\_\_\_\_ durch wen?

\_\_\_\_\_ Sonstige Einkommen

\_\_\_\_\_ Höhe des Nettoeinkommens / Familieneinkommens

#### d) Bedeutsame Kontakte

- Zu Angehörigen
- Zu Freund\*innen
- Zu Kolleg\*innen
- Zu Nachbar\*innen / Mitbewohner\*innen

