

## AUFNAHMEBOGEN VORSTELLUNGSGESPRÄCH

**Pflichtangaben** sind mit \* gekennzeichnet

Datum: \_\_\_\_\_

Teilnehmer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Interesse an

- Wohnheim (stationär)                       Außenwohngruppe (stationär)  
 Betreutes Wohnen (ambulant)             niederschwelliges Arbeitsangebot

Name Klient\*: \_\_\_\_\_ geb. am\*: \_\_\_\_\_

Adresse\*: \_\_\_\_\_

Telefon\*: \_\_\_\_\_

Familienstand/Kinder (freiwillig): \_\_\_\_\_

### Gesetzliche Betreuung\*

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Betreuung seit: \_\_\_\_\_

### Kostenträger/bisher schon EGH?/HB/A-Bogen vorhanden? \*

Adresse: \_\_\_\_\_

### Schwerbehinderung (freiwillig)

Grad der Behinderung: %    Schwerbehindertenausweis:  Ja             Nein

Merkzeichen: \_\_\_\_\_            Gültigkeit: \_\_\_\_\_

## mgU 1 Aufnahmebogen zu A 2.3.1.1

### **Wohnform vor der Aufnahme (freiwillig)**

- eigene Wohnung       allein       mit Partner/in  
 Elterliche Wohnung       Wohngemeinschaft       Obdachlos

Wohnheim / Adresse: \_\_\_\_\_

Fachklinik / Adresse: \_\_\_\_\_

### **Schule und Berufsausbildung (freiwillig)**

	mit Abschluss	ohne Abschluss
Sonderschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauptschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Realschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachoberschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachhochschule/Universität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berufsausbildung als: \_\_\_\_\_

### **Derzeit ausgeübte Tätigkeit \***

- Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_
- Hausfrau/Hausmann
- Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Berufsbildungsmaßnahme  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Belastungserprobung / Arbeitstherapie / Umfang  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Berufsförderungsmaßnahme  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Wehrdienst       Zivildienst       Freiwilliges soziales Jahr
- Geringfügig beschäftigt / Integrationsbetrieb  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Andere: \_\_\_\_\_

### **Zuletzt ausgeübte Tätigkeit (freiwillig)**

- Sozialversicherungspflichtige Tätigkeit  
Arbeitgeber: \_\_\_\_\_
- Hausfrau/Hausmann
- Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)  
Adresse: \_\_\_\_\_
- Berufsbildungsmaßnahme  
Adresse: \_\_\_\_\_

## mgU 1 Aufnahmebogen zu A 2.3.1.1

Belastungserprobung / Arbeitstherapie / Umfang

Adresse: \_\_\_\_\_

Berufsförderungsmaßnahme

Adresse: \_\_\_\_\_

Wehrdienst

Zivildienst

Freiwilliges soziales Jahr

Geringfügig beschäftigt / Integrationsbetrieb

Adresse: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

### **Ärztliche Betreuung \***

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Psychiater/Neurologe: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

### **Kontakte für den Notfall (freiwillig)**

\_\_\_\_\_

### **Psychiatrische Krankengeschichte \***

Diagnose/n \*: \_\_\_\_\_

Diagnoseschlüssel nach ICD 10 \*: \_\_\_\_\_

In welchem Alter ist Ihre Erkrankung zum ersten Mal  
in Erscheinung getreten? (freiwillig)

\_\_\_\_\_

In welchem Alter erfolgte erstmals eine  
stationäre psychiatrische Behandlung? (freiwillig)

\_\_\_\_\_

Wann war ihr letzter Aufenthalt in einer  
Fachklinik für Psychiatrie? \*

\_\_\_\_\_

Adresse der Klinik \*: \_\_\_\_\_

### **Suchterkrankung \***

ja  nein

Steht die Suchterkrankung im Vordergrund?  ja  nein

Welche Suchtmittel haben Sie konsumiert?

mgU 1 Aufnahmebogen zu A 2.3.1.1

---

In welchem Jahr haben Sie zuletzt Suchtmittel zu sich genommen? \_\_\_\_\_

Entgiftungen (freiwillig)     ja             nein                      Wie viele? \_\_\_\_\_

Entwöhnungsbehandlungen/Kuren (freiwillig)     ja     nein

**Medikation \***

Nehmen Sie Medikamente zur Behandlung Ihrer psychischen Erkrankung ein?  
Stellen Sie diese selbst? Erfolgt eine zuverlässige Einnahme?

---

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (freiwillig)

---

---

---

Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit? \*

nein

ja

Wann zuletzt?

Wie?

---

**Schildern Sie Ihre psychiatrische Krankheitsgeschichte \***

mit Krankheitsentwicklung, Krankheitssymptomen, momentaner Befindlichkeit,  
situativ belastenden Faktoren, Krankheitsbewältigung:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Gab es krankheitsbedingte Delikte in der Vergangenheit? \***

---

---

**Wie kündigt sich Ihre Erkrankung an? Woran bemerken Sie eine Verschlechterung Ihrer Befindlichkeit? (Frühwarnsymptome) (freiwillig)**

---

---

---

---

**Schildern Sie Ihre körperliche/n Erkrankungen/ansteckende Krankheiten: (freiwillig)**

---

---

---

---

**Wo sehen Sie Ihren Hilfebedarf? \* (Eigen- und Fremdeinschätzung)**

---

---

---

**Wie sind Ihre alltagspraktischen Fertigkeiten (z.B. Kochen, Putzen)? (freiwillig)**

---

---

**Was ist Ihr Lebensziel? Was möchten Sie erreichen? (freiwillig)**

---

mgU 1 Aufnahmebogen zu A 2.3.1.1

---

---