

Haus Landwasser

Datenbogen I

Persönliche Daten

Name, Vorname			
<input type="text"/>			
Straße, Hausnummer			
<input type="text"/>			
PLZ	Wohnort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	Geburtsort:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Staatsangehörigkeit	Geschlecht	Familienstand	Konfession
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kontaktdaten			
Telefon	mobil	Email	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postadresse:			
<input type="text"/>			

Gesetzliche Betreuung

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	wenn ja: dann legen Sie uns Bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde bei	
Einwilligungsvorbehalt			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
für folgende Bereiche			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Name des Betreuers			
<input type="text"/>			
Straße, Hausnummer			
<input type="text"/>			
PLZ	Ort	Telefon	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Schulische Ausbildung und Berufsausbildung

Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art u. Ort)	Abschlussart	von	bis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art u. Ort)	Abschlussart	von	bis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art u. Ort)	Abschlussart	von	bis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art u. Ort)	Abschlussart	von	bis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
weitere berufliche Qualifikationen (z.B. Anlern Tätigkeiten, berufliche Fortbildungskurse, PC-Kenntnisse etc.)				
<input type="text"/>				

Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse

Tätigkeit	Firma, Ort	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätigkeit	Firma, Ort	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätigkeit	Firma, Ort	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätigkeit	Firma, Ort	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tätigkeit	Firma, Ort	von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sind sie derzeit in einer ungekündigten Arbeitsstelle?			
<input type="checkbox"/> Ja	Tätigkeit	Firma, Ort	seit
<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Waren oder sind Sie in einer Werkstatt für Behinderte Menschen (WfBM) oder vergleichbaren Einrichtung beschäftigt?			
<input type="checkbox"/> Ja	Name, Anschrift	von	bis
<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wurde die Aufnahme in eine WfBM oder vergleichbare Einrichtung beantragt?			
<input type="checkbox"/> Ja	Name, Anschrift	wann	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Angaben zur bisherigen psychiatrischen Behandlung

Ersterkrankung war im Jahr			
<input type="text"/>			
psychiatrische Klinik/ Facharzt /Name, Ort)	Ansprechpartner (Arzt bzw. Sozialdienst - Name, Tel.)	von/ seit	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
psychiatrische Klinik/ Facharzt /Name, Ort)	Ansprechpartner (Arzt bzw. Sozialdienst - Name, Tel.)	von/ seit	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
psychiatrische Klinik/ Facharzt /Name, Ort)	Ansprechpartner (Arzt bzw. Sozialdienst - Name, Tel.)	von/ seit	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
psychiatrische Klinik/ Facharzt /Name, Ort)	Ansprechpartner (Arzt bzw. Sozialdienst - Name, Tel.)	von/ seit	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktuell befinde ich mich in stationärer Behandlung in (Klinik):			
<input type="text"/>			
Ansprechpartner (Arzt - Name, Tel.)		Ansprechpartner (Sozialdienst - Name, Tel.)	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ambulant behandelnder Psychiater			
Name	Anschrift	Telefon	von/ seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ambulant behandelnder Psychotherapeut			
Name	Anschrift	Telefon	von/ seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hausarzt			
Name	Anschrift	Telefon	von/ seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die Erhebung der in diesem Datenbogen zum Erstgespräch erfassten personenbezogenen Daten ist notwendig, damit ein Erstgespräch für die jeweilige Maßnahme von Haus Landwasser durchgeführt werden kann.

Meine Einwilligung zur Verarbeitung der in diesem Datenbogen erhobenen personenbezogenen Daten kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen. In diesem Fall ist jedoch keine Aufnahme in das bzw. Weiterführung des Aufnahmeverfahrens im Haus Landwasser möglich.

Ort, Datum

Unterschrift

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

sonstige Hinweise, Mitteilungen

<input type="text"/>
