

Anfrage für einen stationären Heimplatz

Datum:

Ihr Name(Pflichtfeld): _____

Ihre Funktion(Pflichtfeld):

- gesetzlicher Betreuer
- Sozialdienst Name der Einrichtung: _____

Ihre Kontaktdaten:

Telefon(Pflichtfeld): _____ Handy: _____

Emailadresse (Pflichtfeld): _____

Angaben zum Patienten/Klienten für den die Anfrage gestellt wird:

Vor-und Zuname des Patienten/Klienten:

Geburtsdatum des Patienten: _____

- Anfrage für eine offene Einrichtung
- Anfrage für eine geschlossene Einrichtung

Beschluss liegt vor bis _____ _ Beschluss wird beantragt
_ kein Beschluss _ Maßregelvollzug

Kostenträger: _____ _ Selbstzahler

Pflegegrad: _ nein _ ja: Pflegegrad ____

Der Patient ist mobil und kann ohne Hilfe Treppen laufen: _ ja _ nein

Die Aufnahmevoraussetzung Alkoholabhängigkeit und/oder Medikamentenabhängigkeit stehen im Vordergrund:

_ **ja:** _ Alkoholabhängigkeit _ Medikamentenabhängigkeit

_ **nein -> keine Aufnahme möglich**

Weitere Diagnosen: _____

Konsum illegaler Drogen: _____

Gesetzliche Betreuung:

_ keine Betreuung

Betreuer: Name _____ Kontaktdaten: _____

Bisherige suchtrelevante Therapien: _____

Vorherige Einrichtungen / ambulantes Wohnen: _____

Benötigte Unterlagen werden geschickt:

___ als Email-Anhang an: **startbahn-team@rehasucht-lippe.de**

___ per Fax : Faxnummer **05282-21299 69**

___ per Post: **Verein für Rehabilitation Schlangen-Lippe e.V.**

Domäne 11

32816 Schieder-Schwalenberg

___ keine Unterlagen vorhanden

Vorstellungsgespräch (obligatorisch):

___ Patient kann in der Einrichtung zum Vorstellungsgespräch persönlich vorgestellt werden

___ Patient kann nicht vorgestellt werden, weil: _____

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

___ war bereits bekannt ___ Flyer ___ Internet

___ Empfehlung von: _____

___ sonstige: _____