

Name: _____

Anamnesebogen

Allgemeine Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geschlecht: weiblich

Männlich

Divers

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand:

- Ledig
- Eingetragene Lebenspartnerschaft
- Verheiratet, zusammenlebend
- Verheiratet, getrennt lebend
- Geschieden
- Verwitwet

Stehen Sie derzeit in einer Beziehung? Ja

Nein

Staatsangehörigkeit:

- Deutsch
- EU
- Russisch
- Türkisch
- Andere _____

Name: _____

Konfession: _____

Wenn Sie keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen: Welchen Status haben Sie?

- Aufenthaltserlaubnis bis _____ 20____ Datum (bitte eintragen)
 Niederlassungserlaubnis (unbefristet)

Besitzen Sie gültige Ausweispapiere (Personalausweis etc.) ? Ja
 Nein

Wohnverhältnisse

Wo wohnen Sie gegenwärtig?

- eigene Wohnung
 stationäre Einrichtung
 bei Verwandten/Bekanntem
 Notunterkunft/Notschlafstelle
 Justizvollzugsanstalt
 Auf der Straße
 Andere: _____

An welchem Ort sind Sie gemeldet?

_____ Postleitzahl, Ort

Wie und wo sind Sie derzeit zu erreichen?

_____ Name, Vorname

_____ Straße, Hausnr.

_____ Postleitzahl, Ort

_____ Telefonnummer

_____ E-Mail

Haben Sie jemals einen eigenen Haushalt geführt? Ja
 Nein

Name: _____

Wo lebten Sie die letzten 5 Jahre?

(Wohnadressen, Einrichtungen, JVA)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

Haben Sie einen Schulabschluss?

Ja

Nein

Schulabschluss: _____

Haben Sie einen Berufsabschluss?

Ja

Nein

Berufsabschluss: _____

Wann arbeiteten Sie zuletzt?

Welche Tätigkeit? _____

Name: _____

Einkommen

Beziehen Sie gegenwärtig regelmäßiges Einkommen?

- Kein regelmäßiges Einkommen
- Rente; wenn ja, welche? _____
- Arbeitsentgelt (Lohn, Gehalt)
- Arbeitslosengeld
- Arbeitslosengeld II (Hartz 4)
- Anderes Einkommen: _____

Wie hoch ist ihr monatliches Einkommen gegenwärtig? _____ Euro

Wie viele Schulden haben Sie gegenwärtig?

- Keine
- Weniger als 1.000 €
- 1.000 € bis 5.000 €
- Mehr als 5.000 €

Wenn Sie aus Haft entlassen werden:

Wie hoch wird ihr Entlassungsgeld voraussichtlich sein? _____ Euro

Gesundheit

Sind Sie krankenversichert?

- Gesetzlich
- Freiwillig
- Privat
- Nicht versichert

Krankenkasse: _____

Name: _____

Leiden Sie unter körperlichen Einschränkungen?

- Blindheit
- Einschränkung der Mobilität (Gehbehinderung etc.)
- Gehörlosigkeit
- Andere Einschränkung: _____

Leiden Sie unter Infektionserkrankungen?

- Hepatitis A, B, C
- HIV
- Andere Infektionserkrankungen: _____

Leiden Sie unter einer chronischen körperlichen Erkrankung?

(z.B. COPD, Diabetes, Bluthochdruck etc.)

- Nein
- Ja, und zwar _____
- _____

Leiden Sie unter einer seelischen Erkrankung?

(z.B. Depressionen, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Schlafstörungen, etc.)

- Nein
- Ja, und zwar: _____
- _____

Müssen Sie regelmäßig Medikamente einnehmen?

- Nein
- Ja, und zwar _____
- _____
- _____

Bei vorhandener Krankenversicherung, wenn möglich eine Kopie der Krankenkarte beifügen. Ebenso eine Kopie eines Schwerbehindertenausweises anfügen, wenn vorhanden.
Sollten Sie sich derzeit in stationärer Behandlung befinden, bitte einen entsprechenden Bericht beifügen (wenn vorhanden).
Bei Möglichkeit einen aktuellen Medikationsplan beifügen.

Name: _____

Konsum/ Abhängigkeit

Welche Substanzen haben Sie in den zurückliegenden 12 Monaten konsumiert?

- Alkohol
- Heroin
- Amphetamine
- Benzodiazepine
- Cannabis
- Kokain
- Andere: _____

Welche der oben genannten Substanz/en bereiten Ihnen gegenwärtig die meisten Sorgen?

Nehmen Sie am Substitutionsprogramm teil?

- Nein
- Ja

Wenn Ja, welches Mittel? _____

Wenn ja, geben Sie bitte Name, Anschrift und Telefonnummer des substituierenden Arztes an:

_____ Name, Vorname
_____ Straße, Hausnummer
_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefonnummer

Name: _____

Straffälligkeit

Wurden Sie jemals wegen einer Straftat verurteilt? Ja
 Nein

Wurden Sie jemals wegen eines Gewaltverbrechens verurteilt? Ja
 Nein

Wenn „ja“: Welche Straftat / Gewaltverbrechen?

Erläuterung:

In Deutschland werden zu den Gewaltverbrechen folgende Delikte gezählt:

Beteiligung an einer Schlägerei, Erpresserischer Menschenraub, Geiselnahme, Mord, Raub, schwere Körperverletzung, sexuelle Nötigung, Totschlag, Tötung auf Verlangen, Vergewaltigung.

Wird gegenwärtig gegen Sie ermittelt oder ist noch ein Strafverfahren offen?

Ja
 Nein

Wenn „ja“: Welcher Verdacht liegt vor? Warum wurde Anzeige gestellt?

Wurden Sie jemals in einer Justizvollzugsanstalt inhaftiert?

Nein
 Ja

Wenn „ja“:

Dauer der längsten Haftstrafe: _____ Monate/Jahre

Haftzeiten insgesamt: _____ Monate/Jahre

Stehen Sie gegenwärtig unter Bewährung oder Führungsaufsicht?

Nein
 Ja, und zwar: _____

Name: _____

Rechtliche Betreuung

Haben Sie gegenwärtig eine rechtliche Betreuung?

- Nein
 Ja

→ Für welchen Aufgabenkreis wurde die Betreuung eingerichtet?

- Aufenthaltsbestimmung
 Gesundheitsfürsorge
 Post & Fernmeldeverkehr
 Vermögenssorge
 Vertretung gegenüber Behörden
 Wohnangelegenheiten
 Andere: _____
 Einwilligungsvorbehalt

Geben Sie bitte Name, Anschrift und Telefonnummer ihres Betreuers/in an:

_____ Name, Vorname
_____ Straße, Hausnummer
_____ Postleitzahl, Ort
_____ Telefonnummer
_____ E-Mail

Perspektive

Welche Ziele haben Sie für die nächsten 6 Monate?

- Abstinentes Leben
 Finanzielle Absicherung
 Ärztliche Anbindung (Hausarzt, Neurologe etc.)
 Therapie (Ambulant oder Stationär)
 Aufbau von sozialen Kontakten
 Schuldenregulierung
 Alltag selbstständig meistern
 Andere: _____

Name: _____

Anlage: Name, geb. am

Information über Datenverarbeitung,
Einwilligung und
Schweigepflichtentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Erfüllung des Wohn- und Betreuungsvertrages die Einrichtung/der Dienst folgende **personenbezogenen Daten**, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Gesundheitsdaten), **im erforderlichen Umfang** und **unter Beachtung** der gesetzlichen Datenschutzregelungen, insbesondere des **DSG-EKD** (EKD-Datenschutzgesetzes) und der beruflichen **Schweigepflicht (§ 203 StGB -Strafgesetzbuch-)**, von mir verarbeitet (insbesondere erhebt, speichert, verändert, übermittelt, sperrt, löscht):

- *Stammdaten* (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Konfession, Familienstand, letzter Wohnort, Vollmachten, von der Einrichtung verwaltete Gelder, Name und Adresse von Angehörigen, gesetzlichen Betreuern oder Vorsorge- bevollmächtigten, wirtschaftliche Daten);
- *Biographische Daten* (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Vorlieben, Tabus);
- *Anamnese-Dokumentationen und Arzt- Psychologenbericht* (auch mit Angehörigen/Betreuern erstellte, inklusive Diagnosen und Medikamentenabgaben, bestehende Vereinbarungen mit Ärzten-/Psychologen);
- Dokumentation *freiheitsentziehender Maßnahmen/Genehmigung* (Anlass der Anwendung, Form, Erforderlichkeit und Angemessenheit, Dauer, Prüfung von Alternativen);
- *Dokumentation der Planung der Betreuungsmaßnahmen*;
- *Dokumentation der Betreuungsmaßnahmen* (schriftlich und fotografisch, Bewohnerberichte, Gesamt- und Hilfepläne und deren Umsetzung, Leistungsnachweisemedizinischer, therapeutischer und psychosozialer Betreuung, Freizeitgestaltung, besondere Vorkommnisse, Sturzdokumentation, ggfs. Wunddokumentation, Kontakt zu Betreuern/Bevollmächtigten, Ess- und Trinkmenge);
- *Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Bescheide der Pflege-/Krankenkassen, Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu Pflegegraden* (soweit vorhanden).

Vorgenannte Daten werden auch **mit Hilfe einer elektronischen Akte verarbeitet und digital archiviert**.

Mir ist bekannt, dass ich von einem **Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern** unterstützt werde, welche unterschiedlichen Berufs- und Fachgruppen angehören und dem **Berufsgeheimnis nach § 203 StGB unterliegen können** (z.B. Ärzte, Pfleger, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter). Ich willige daher ein, dass personenbezogene Daten zur Erreichung des Eingliederungs- bzw. Pflegeziels im erforderlichen Umfang zwischen diesen Fachgruppen im betreuenden Team ausgetauscht werden können (z.B. insbesondere Sozialberichte, Befunde, Untersuchungsergebnisse, Diagnosen), sofern sie zur Durchführung von Hilfeleistungen erforderlich sind. Darüber hinaus erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten bei einem Wechsel in eine andere Einrichtung oder einen anderen Dienst eines Trägers im Verbund der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel zur Sicherstellung der Kontinuität des Hilfeprozesses weitergegeben werden.



Name: _____

Ich bin damit einverstanden, dass Krankenhäuser/Reha-Einrichtungen Überleitungsdaten (z.B. Notfallblatt, Krisenplan) zum Zwecke der gesundheitlichen Versorgung erhalten. Mir ist bekannt, dass den **Aufsichtsbehörden** bei Bedarf Einsicht in Pflegedokumentation/Dokumentation der Teilhabeleistung gewährt wird. Ebenso ist mir bekannt, dass die am Rehabilitationsprozess beteiligten Stellen Einsicht in ärztliche und psychologische Daten (z.B. **Bundesagentur für Arbeit**, Sozialleistungsträger, **Rentenversicherung**) erhalten. Zum Zweck der therapeutischen Behandlung werden **Therapeuten** (Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen usw.) Beobachtungsdaten aus Betreuungsberichten und deren Aktualisierung mitgeteilt. Auch ist mir bekannt, dass personenbezogene Daten zum Zweck der Abrechnung an folgende Institutionen **weitergegeben** werden: **externe Leistungsabrechnung**, wenn sie nicht einrichtungsintern erfolgt, zuständige Pflege- und Krankenkasse und gesetzliche **Sozialleistungsträger**.

Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten durch die Einrichtung oder externe Dienstleister (sog. **Auftragsverarbeitung nach § 30 DSGVO**) unter Beachtung des Datenschutzes und der Schweigepflicht (§ 203 StGB) verarbeitet werden. Das gilt für EDV-Wartung einschließlich **Fernwartung**, Digitalisierung sowie für die Löschung der Daten (z.B. nach Ablauf von Aufbewahrungs-/Verjährungsfristen) sowie die **Akten- und Datenträgervernichtung**. Die unter anderem in der Einrichtung erhobenen oder von dritter Seite übermittelten Daten werden auch auf Speichermedien des Dienstleistungszentrums IT (DLZ-IT) der Stiftung Bethel in 33617 Bielefeld, gespeichert und verarbeitet, welche von diesem auch im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung (bei Datenerhebung durch eine Tochtergesellschaft der Stiftung Bethel) unter Beachtung des Datenschutzes und der Schweigepflicht (§ 30 DSGVO, § 203 StGB) betreut werden.

Diese von Ihnen freiwillig erteilte Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Die bis zu diesem Zeitpunkt erfolgte Datenverarbeitung bleibt davon unberührt (§ 11 Abs. 3 DSGVO). Sofern gewünscht, informieren wir Sie gerne ergänzend ausführlich über die Datenverarbeitung in unserem Hause (§ 17 DSGVO).

.....
Ort, Datum

.....
Nutzerin / Nutzer

.....
Ort, Datum

.....
Gesetzliche Vertretung/Bevollmächtigter

H521-20181109152520

Wohnen im Gelsenkirchener Osten



Stiftung Bethel • Bethel.regional • Wohnen im Gelsenkirchener Osten
Brockschlag 83 a/b • 45889 Gelsenkirchen

v. Bodelschwingsche
Stiftungen Bethel

Stiftung Bethel Bethel.regional

Brockschlag 83 a/b
45889 Gelsenkirchen
Telefon 0209 177443-0
Telefax 0209 177443-29
Mobil 0151 46683931
E-Mail brockschlag@bethel.de

Forsthauswinkel 4
45891 Gelsenkirchen
Telefon 0209 361758-11
Telefax 0209 361758-19
Mobil 0151 46683931
E-Mail forsthauswinkel@bethel.de

www.bethel-regional.de

Mitbringen persönlicher Gegenstände

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Aufnahmedatum: _____

Aufgrund struktureller Vorgaben, kann nur ein geringer Anteil an persönlichen Gegenständen, in die Einrichtung bethel.regional „Wohnen im Gelsenkirchener Osten“ mitgebracht werden. Kein Mobiliar (Schränke, Betten etc.). Des Weiteren können wir auch keine Gegenstände in Kellerräumlichkeiten für Sie bis zu Ihrem Auszug aufbewahren. Bei der externen Einlagerung unterstützen wir Sie gerne nach Aufnahme.

**Hiermit erkläre ich, Herr/Frau _____, den o.G. Sachverhalt
verstanden zu haben:**

Datum

Unterschrift Herr/Frau