

SELBSTAUSKUNFT FÜR EINE MÖGLICHE AUFNAHME

PERSÖNLICHE DATEN

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift : _____

E-Mail _____ Telefon _____

Familienstand _____ Geb.: _____

Betreuer _____ Telefon _____

KRANKENVERSICHERUNG

Krankenkasse : _____

Versicherungsnummer : _____

ALLGEMEINE ANGABEN

Größe _____ Gewicht _____

Rauchen Sie? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wie viel? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, wie viel? _____

DIAGNOSEN / ERKRANKUNGEN (Wenn möglich mit ICD Kennung)

Diagnose: _____

Diagnose: _____

Diagnose: _____

Diagnose: _____

Sonstiges _____

ALLERGIEN, CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

An welchen ernsthaften Krankheiten/Allergien/ Medikamentenunverträglichkeiten leiden/litten Sie?

MEDIKATION

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja ☐ Nein ☐ Wenn ja, welche und welche Dosis?

BEHANDELNDER ARZT (Name, Ort, Telefon) / SCHWEIGEFLICHTENTBINDUNG

Hausarzt: _____

Psych. Behandler: _____

Weitere: _____

! Zutreffendes bitte ankreuzen, Nichtzutreffendes bitte deutlich streichen.

☐ Hiermit entbinde ich die o.g. behandelnden Ärzte und/oder deren Mitarbeitende von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der Leitung der Übergangseinrichtung Ahausen für einen möglichen Einzug in die Übergangseinrichtung relevante Informationen über meinen Gesundheitszustand und Krankheitsverlauf einzuholen.

☐ Hiermit widerspreche ich der Weitergabe von Informationen an die Übergangseinrichtung Ahausen bzgl. meines Gesundheitszustandes und Krankheitsverlaufs durch die o.g. Ärzte.

_____, den _____
Ort Datum



Unterschrift

DATENSCHUTZHINWEISE

Die Erhebung der Daten erfolgt auf meine Anfrage hin. Mir ist bekannt, dass meine personenbezogenen Daten durch die Übergangseinrichtung Ahausen im Rahmen und auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben der Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes verarbeitet werden.

Die Löschung meiner Daten kann ich jederzeit schriftlich unter info@wohngruppe-ahausen beantragen. Die Speicherung und Verarbeitung meiner Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Anbahnung einer Aufnahme in die Übergangseinrichtung Ahausen unter den geltenden o.g. Richtlinien.

_____, den _____
Ort Datum



Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Ihr Team der Übergangseinrichtung