

**Kontakt e.V., Vereinigung für psychosoziale Hilfen**

Friedrich-v.-Schiller-Str. 22-24, 95444 Bayreuth  
Postfach 110211, 95421 Bayreuth; Tel.: 0921/82442, Fax: 0921/2305603

**Anmeldung zur Aufnahme für**

**eine Therapeutische Wohngemeinschaft (WG) /  Betreutes Einzelwohnen (BEW)**

**1. Einverständniserklärung:**

Ich bin mit der Weitergabe persönlicher und krankheitsbezogener Daten von Ärzten und Betreuern an die zuständigen Mitarbeiter des Verein Kontakt einverstanden.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

**2. Bitte ausfüllen:**

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Wohnort:.....

.....

Derzeitiger Aufenthaltsort: .....

Telefonnummer tagsüber: .....

Familienstand: ..... Beruf: .....

Behandelnder Arzt: .....

Gesetzlicher Betreuer: .....

.....

Welche Aufgabenkreise: .....

.....

.....

**3. Bitte kurz Antrag für Aufnahme begründen (Problematik/Hilfebedarf)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4. Diagnose:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift