

**Anmeldung zur Aufnahme für**

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

**1. Datenschutzerklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die in diesem Formular erhobenen Daten von KONTAKT e.V. für die Dauer von maximal 3 Monaten gespeichert werden. Die Daten werden an die Mitarbeiter des in Frage kommenden Bereichs (WG oder BEW) weitergegeben und von diesen vertraulich behandelt.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Einsicht und Löschung der uns mitgeteilten Daten.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

**2. Bitte ausfüllen**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: Beruf: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: \_\_\_\_\_

Welche Aufgabenkreise: \_\_\_\_\_



**kontakt e.V.**

Vereinigung für psychosoziale Hilfen Bayreuth

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**4. Diagnose**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Schweigepflichtsentbindung**

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden (Fach-) Arzt von der Schweigepflicht gegenüber Kontakt e.V. und erkläre mich damit einverstanden, dass Kontakt e.V. sämtliche Informationen bezüglich meiner psychischen Erkrankung mitgeteilt werden dürfen.

Arzt:

Anschrift:

Telefon:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift