



Stiftung St. Valentinushaus

**Bassenheimer Hof**

Suttonstraße 24

65399 Kiedrich

Tel.: 06123/603-145/463

Fax :06123/603-490

E-Mail: [casemanagement@scivias-caritas.de](mailto:casemanagement@scivias-caritas.de)

## Aufnahmeanfrage

Gewünschter Aufnahmezeitpunkt: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Adresse:**

\_\_\_\_\_

- Elternhaus  
 besondere Wohnform (Heim) seit \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus seit \_\_\_\_\_  
 Sonstiges seit \_\_\_\_\_

Rechtliche Betreuung:  ja  nein  beantragt am \_\_\_\_\_

Betreuungsumfang:

\_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mail Betreuer: \_\_\_\_\_

Weitere gerichtliche Beschlüsse:  ja  nein Dauer des Beschlusses: \_\_\_\_\_

Welche?: \_\_\_\_\_

Aggressionspotential (verbal-, objekt-, fremd-, eigenaggressiv) und in welcher Form äußert sich das?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Leistungsträger: \_\_\_\_\_

Leistungsantrag bereits gestellt  am \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

Krankheitsbild / Diagnose / wenn vorhanden bitte aktuelle Arztberichte, PiT etc. beifügen

---

---

---

---

---

---

---

**Hilfebedarfsgruppe** nach Metzler: Wohnen: \_\_\_\_\_ Gestaltung des Tages: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**  keine Einstufung  Einstufung beantragt

null  eins  zwei  drei  vier  fünf

**Behindertenausweis:**  ja  nein  beantragt am \_\_\_\_\_

Kennzeichen: \_\_\_\_\_ Gültig bis \_\_\_\_\_

**Gibt es Probleme mit Suchtmitteln? (z.B. Alkohol, Drogen)**  ja  nein, Welche:

---

---

Welche Unterstützung / Assistenz ist erforderlich? Z.B. offener oder geschlossener Bereich, besondere Wohnform (Wohnheim) oder Außenappartement, Pflege, Werkstatt für Menschen mit Behinderung, Tagesstruktur, Tagesstätte etc.

---

---

---

---

---

---

---

Besonderheiten im Betreuungsbedarf:

---

---

---

**Zuständig für Rückfragen** (Angehörige\*r, Arzt\*in, Sozialarbeiter\*in, Pflegepersonal, Therapeut\*in, rechtlicher Betreuer\*in) / **Ansprechpartner für die Bearbeitung der Anfrage** (Kontaktdaten: Name, Tel.nr., E-Mail)

---

---

---

**Hinweis:**

**Erst mit Eingang der vollständig ausgefüllten Anfrage ist eine Aufnahme der Klient\*in auf der Warteliste möglich.**

**Erfolgt keine Aufnahme im Bereich der Eingliederungshilfe, werden Ihre Aufnahmeunterlagen vernichtet und Ihre Daten gelöscht.<sup>i</sup>**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

<sup>i</sup> Ihre Daten werden ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Aufnahmeanfrage verarbeitet und genutzt. Mit Ihrer Aufnahmeanfrage erklären Sie sich einverstanden, dass Sie im Rahmen des Prozesses schriftlich und / oder auch telefonisch kontaktiert und informiert werden. Ihre Daten werden grundsätzlich nur an die für das konkrete Aufnahmeverfahren zuständigen innerbetrieblichen Stellen und Fachabteilungen unserer Einrichtung weitergeleitet. Eine Weitergabe Ihrer persönlichen Daten an Dritte erfolgt nicht. Sie können Ihre Aufnahmeanfrage jederzeit ändern oder löschen lassen und Ihre Einwilligung widerrufen. Hierzu genügt eine E-Mail an [info@scivias-caritas.de](mailto:info@scivias-caritas.de).