

	LUDWIGSBAD	DO- QUA.S
	VA B1.1 FB	
	Aufnahmebogen	Seite 1 von 3

/

1. Persönliche Daten			
Name		Geburtsname	
Vorname		Geburtsort	
Geburtsdatum		Konfession	
Familienstand		Anzahl Kinder	
Staatsangehörigkeit		Ggf. Aufenthaltsgenehmigung Gültig bis:	
Straße			
PLZ, Wohnort			
Telefon			
Krankenkasse			
Versicherungsnummer			
Rente	Ja	nein	

2. Ansprechpartner/innen (Menschen die Sie bei der Vermittlung unterstützen)	
Ggf. Name Betreuer/in	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Telefonnr.(Festnetz, mobil)	

Beratungsstelle oder Sozialdienst	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Telefonnr.(Festnetz, mobil)	

Ich bin:

 alkoholkrank
 drogenabhängig
 substituiert
 nicht substituiert

Erstellung: Konstanze Frank	Datum: 09.05.2015
Freigabe: Tim Rauh	Datum: 20.01.2025
Letzte Änderung / Überprüfung: K. Frank	Datum: 12.05.2025

	LUDWIGSBAD	DO- QUA.S
	VA B1.1 FB	
	Aufnahmebogen	Seite 2 von 3

Dies bitte vom behandelnden Arzt oder Ärztin ausfüllen lassen, sollten Sie keinen aktuellen Arztbrief (bitte nicht älter als 3 Monate) dem Bogen beifügen können.

3. Ärztliche Kurzdarstellung (vom behandelnden Arzt o. Ärztin ausfüllen)			
Name:		Geburtsdatum:	
Diagnosen: (internistisch, neurologisch, psychiatrisch usw.)			
aktuelle Substitution:			
aktuelle Medikation:			
Suizidversuche/ selbstverletzendes Verhalten aktuell	Ist Patient/in aktuell suizidal?	ja	nein
	Liegen bei Patient/in Selbstverletzungen vor?	ja	nein
Suizidversuche/ selbstverletzendes Verhalten in der Vergangenheit	wenn ja, wann zuletzt: Methode: Anzahl der aktive Versuche:		nein
Schwangerschaft	Ja	Nein	
Epilepsie	Ja	Nein	
Ansteckende Krankheiten gem. §36 Infektionsschutzgesetz	Ja	Nein	

Name des behandelnden Arztes o. Ärztin: _____

Datum, Stempel u. Unterschrift

Erstellung: Konstanze Frank	Datum: 09.05.2015
Freigabe: Tim Rauh	Datum: 20.01.2025
Letzte Änderung / Überprüfung: K. Frank	Datum: 12.05.2025

	LUDWIGSBAD	DO- QUA.S
	VA B1.1 FB	
	Aufnahmebogen	Seite 3 von 3

4. Entbindung der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Die mich behandelnden Ärzte / Ärztinnen des Krankenhauses _____, meine/n Betreuer/in sowie Sozial- und Sachbearbeiter/innen von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, das die zuständigen Mitarbeiter/innen der DO-Suchthilfeeinrichtung Ludwigsbad, die für meinen Aufenthalt erforderlichen Daten und Berichte bei den vorgenannten Stellen abfragen dürfen.

Datum, Ort

Unterschrift Klient/in

Unterschrift Betreuer/in

Erstellung: Konstanze Frank	Datum: 09.05.2015
Freigabe: Tim Rauh	Datum: 20.01.2025
Letzte Änderung / Überprüfung: K. Frank	Datum: 12.05.2025