

Datenbogen I: Aufnahme RPK

Datum:

Persönliche Daten

Name, Vorname:

ggf. Geburtsname:

Heimanschrift: Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum, -ort:

Alter:

Staatsangehörigkeit:

Geschlecht:

Familienstand:

Konfession:

Kontaktdaten/derzeit unter folgender Anschrift zu erreichen:

Straße/Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefonnummer:

E-Mail:

Entfernung vom Wohnort entfernt in km:

Schwerbehindertenausweis:

Ja nein

Grad der Behinderung:

seit: bis:

Für folgende Gesundheitsstörungen:

Zuständiges Versorgungsamt:

Wenn Nein:

Wurde ein Antrag auf Anerkennung von MdE/ GdB beantragt? Ja nein

Gesetzliche Betreuung

Nein Ja

wenn ja, bitte eine Kopie der Betreuungsurkunde beilegen

Beantragt bei

Einwilligungsvorbehalt

Nein ja

(Ja = der Betreuer muss meinen Entscheidungen zustimmen)

(Nein = Ich berate mich mit meinem Betreuer, darf aber alleine Entscheiden)

Aufgabenbereiche:

Name des Betreuers:

Zuständiges Amtsgericht:
 Straße, Hausnummer:
 PLZ, Ort:
 Telefon: E-Mail: Fax:

Stehen Sie unter Bewährung: ja nein

BewährungshelferIn:
 Straße, Nr., PLZ, Ort:
 Telefon: E-Mail: Fax:

Rentenversicherung:

Rentenversicherungsanstalt:
 Anschrift:
 Rentenversicherungsnummer:

Besitzen Sie eine zusätzliche private Rentenversicherungsnummer? ja nein

Wenn ja, welche und bei welchem Versicherer? :

Krankenversicherung:

Krankenversichert bei (Name der Krankenversicherung):

 pflichtversichert familienversichert
 Freiwillig versichert privat versichert

Anschrift: Krankenversicherungsnummer:

Bei Familienversicherten, bitte Namen und Geburtsdatum des Versicherten:

.....

Bei freiwillig Versicherten, wer bezahlt die Beiträge? :

Liegt für das **laufende** Jahr eine Befreiung von der Zuzahlungspflicht vor? Ja nein

Haben Sie über die Krankenkasse schon einmal eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Nein ja und zwar in? von: bis:

Schulische Ausbildung und Berufsausbildung

Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art/Ort) :

Abschlussart: von: bis: Abschluss: Ja nein

Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art/Ort) :

Abschlussart: von: bis: Abschluss: Ja nein

Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art/Ort) :

Abschlussart: von: bis: Abschluss: Ja nein

Schule/ Betrieb/ Fachhochschule (Art/Ort) :

Abschlussart: von: bis: Abschluss: Ja nein

Weitere berufliche Qualifikationen (z. B. Anlerntätigkeiten, berufliche Fortbildungskurse,
PC-Kenntnisse, Fremdsprachenkenntnisse, Lehrgänge etc.)

.....

Welche Berufsausbildung(en) haben Sie gemacht?

Berufsausbildung als:

von: bis: Art der abgelegten Prüfung:

Berufsausbildung als:

von: bis: Art der abgelegten Prüfung:

Berufsausbildung als:

von: bis: Art der abgelegten Prüfung:

Waren Sie bei der Bundeswehr? Ja, von: bis: nein

Haben Sie Zivildienst geleistet? Ja, von: bis: nein

Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse

Tätigkeit:

Firma/Ort: von: bis:

Tätigkeit:

Firma/Ort: von: bis:

Tätigkeit:

Firma/Ort: von: bis:

Zuletzt ausgeübte Tätigkeit: in Vollzeit

Firma/Ort: von: bis: in Teilzeit

Hinzuverdiener

Sonstige.....

Sind Sie derzeit in einer Arbeitsstelle?

Ja Tätigkeit: Firma/ Ort:

Nein seit: bis:

Schichtarbeit? Wenn ja welche und Uhrzeiten:

Stundenanzahl:

Sonstiges:

Waren oder sind Sie in einer Werkstatt für Behinderte Menschen (WfBM) oder vergleichbaren Einrichtung beschäftigt?

Ja

Einrichtung Name/Ort: von: bis:

Nein

Wurde die Aufnahme in einer WfBM oder vergleichbaren Einrichtung beantragt?
vergleichbaren Einrichtung beschäftigt?

Ja

Einrichtung Name/Ort: von: bis:

Nein

Gründe für die Aufgabe von Beschäftigungsverhältnissen:

Haben Sie bisher an beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen teilgenommen (z. B. RPK, Umschulung, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstraining in einer WfBM, usw.)?

Nein

Ja welche Maßnahme: wo: Kostenträger:

von: bis:

Rente/ Rentenanspruch: derzeit voller Rentenbezug

Rentenanspruch gestellt

Derzeit Teilrentenbezug

derzeit kein Bezug oder Antrag

Bitte fügen Sie einen tabellarischen Lebenslauf bei.

Agentur für Arbeit:

Mit welcher Agentur für Arbeit standen Sie zuletzt in Verbindung?

Sachbearbeiter: Tel. :

Anschrift: Kundennummer:

Wurde über die Agentur schon eine Rehabilitationsmaßnahme (z. B. Umschulungen, Berufsfindung, Arbeitserprobung, Arbeitstrainingsmaßnahmen in einer WfB usw.) durchgeführt?

Nein ja, und zwar:

Wer hat die Kosten getragen: Aktenzeichen:

Wo wurde(n) die Maßnahmen durchgeführt? :

Ort:

von: bis: Ergebnis:

Ort:

von: bis: Ergebnis:

Ort:

von: bis: Ergebnis:

Ort:

von: bis: Ergebnis:

Jobcenter:

Mit welchem Jobcenter stehen Sie/ standen Sie zuletzt in Verbindung? :

BG-Nummer: Anschrift:

Finanzielle Situation:

Wie bestreiten Sie zurzeit Ihren Lebensunterhalt?

Arbeitseinkommen

Vermögen/ Ersparnisse

Unterhalt, von wem:

Sozialleistungen: Krankengeld/Anspruch endet am:

Grundsicherung/ Hilfe zum Lebensunterhalt

Arbeitslosengeld/Anspruch endet am:

Übergangsgeld

Bürgergeld

Erwerbsminderungsrente (EM-Rente)

Kindergeld

Sonstiges:

Ist die Situation geregelt, nicht geregelt, müssen noch Anträge gestellt werden?

.....

Bitte fügen Sie einen aktuellen Bewilligungsbescheid bei.

Schulden:

Bestehen aktuell Schulden? Ja nein wenn ja, in welcher Höhe? :

Schulden von: Schulden für:

Ist eine Abtragung geregelt? Ja nein

Besteht bereits ein Kontakt zur Schuldnerberatung? Ja nein

Anschrift:

Derzeitige Wohnsituation:

Alleine

mit PartnerIn

Mit Kindern

WG

Zur Miete

im Eigentum (Wohnung/ Haus)

Mietfrei bei den Eltern

zur Miete bei den Eltern

Ich nehme folgende Leistungen in Anspruch:

Ambulant betreutes Wohnen

Betreutes Wohnen (Wohnheim, WG etc.)

Wer ist der Leistungsbringer?

.....

Wer ist der Leistungsträger (wer zahlt die Leistungen?)

.....

Wer ist Ihr Sozialbetreuer (betreutes Wohnen): Name, Träger, Ansprechpartner, Adresse, Telefonnummer

.....

Gibt es Probleme, Störfaktoren und Handlungsbedarf?

.....

Familienangehörige/ -status/Soziale Beziehungen:

Mutter (Name):

Alter: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Vater (Name):

Alter: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Geschwister (Name):

Alter: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Geschwister (Name):

Alter: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Partner/Ehegatte (Name):

Alter: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend seit: geschieden seit:

eingetr. Lebensgemeinschaft

Eigene Kinder (Name):

Alter: Geschlecht: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Eigene Kinder (Name):

Alter: Geschlecht: Kontakt: ja nein Straße, Nr.:

PLZ, Ort: Telefon:

Eigene Kinder (Name):

Alter: Geschlecht: Kontakt: ja nein Straße, Nr:

PLZ, Ort: Telefon:

Leben Ihre Kinder in Ihrem Haushalt (wenn ja, welche):

Haben Sie in Ihrem sozialen Umfeld Unterstützung/sind sie eher isoliert?):

Beschreiben Sie bitte wichtige Bezugspersonen/Kontakte in Ihrem Umfeld:.....

.....

Kindheit- und Jugend:

Mit welchen Familienmitgliedern sind Sie aufgewachsen? Haben Personen die Familie verlassen oder sind hinzugekommen? Wenn ja, wer und wann?

.....
.....

Gab es einschneidende Erlebnisse in Ihrer Kindheit (sowohl positive als auch negative)?

.....
.....

Hatten Sie Schwierigkeiten im Kindergarten, Schule? Wenn ja, welche?

.....
.....

Gab es Gewalterfahrungen in Ihrer Kindheit, Jugend?

.....
.....

Erwachsenenalter:

Wie ist/war Ihre Lebenssituation im Erwachsenenalter? Z. B. haben Sie noch mit jemanden zusammengewohnt, gab es Umzüge, waren Sie in Partnerschaften, gab es einschneidene Erkrankungen (psychisch, körperlich bei Ihnen und anderen Bezugspersonen)?

.....
.....

Gab es einschneidende Erlebnisse in Ihrem Erwachsenenalter (sowohl positive als auch negative)?

.....
.....

Gab es Gewalterfahrungen in Ihrem Erwachsenenalter?

.....
.....

Angaben zur bisherigen Psychiatrischen/medizinischen Behandlung

Ersterkrankung war im Jahr (Diagnose):.....

.....

Psychiatrische Klinik/Facharzt/Name, Ort:.....

Ansprechpartner (Arzt, Sozialdienst) :.....

Tel. : von/seit: bis:

Psychiatrische Klinik/Facharzt/Name, Ort:.....

Ansprechpartner (Arzt, Sozialdienst) :.....

Tel.:..... von/seit: bis:

Psychiatrische Klinik/Facharzt/Name, Ort:.....

Ansprechpartner (Arzt, Sozialdienst) :.....

Tel.:..... von/seit: bis:

Psychiatrische Klinik/Facharzt/Name, Ort:.....

Ansprechpartner (Arzt, Sozialdienst) :.....

Tel.:..... von/seit: bis:

Aktuell befinde ich mich in stationärer Behandlung in (Klinik) :.....

Ansprechpartner Arzt (Name, Tel.) :.....

Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Tel.) :.....

Sind Sie zurzeit krankgeschrieben? Ja, seit dem: nein

Leiden Sie an Allergien oder anderen körperlichen Gebrechen?

Nein ja, an folgenden:.....

Aktuelle Krankheitssymptome:.....

Welche Drogen haben Sie bisher konsumiert?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cannabis, wann zuletzt | <input type="checkbox"/> Crack, wann zuletzt |
| <input type="checkbox"/> Heroin, wann zuletzt | <input type="checkbox"/> LSD, wann zuletzt |
| <input type="checkbox"/> Opium, wann zuletzt | <input type="checkbox"/> Kokain, wann zuletzt |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy, wann zuletzt | <input type="checkbox"/> nicht verordnete Medikamente, wann zuletzt |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:....., wann zuletzt:..... | |

Führen Sie bitte Menge und Art des von Ihnen konsumierten Alkohols pro Woche auf

(auch wenn Ihnen dies unproblematisch erscheint) keinen Alkohol

..... Art/Menge

..... Art/Menge

Können Sie während der Rehabilitation auf Drogen- und Alkoholgebrauch verzichten?

Ja Nein, weshalb? :.....

Sind bei Ihnen Gesundheitsstörungen anerkannt worden als – Folge eines:

- Arbeitsunfalls Wegeunfalls Berufskrankheit Verfolgtenleiden Impfschadens
- Folge einer Wehrdienstbeschädigung/ Zivilbeschädigung
- Folge einer gesundheitlichen Schädigung im Auslandseinsatz als Soldat/ Zivillist
- Folge einer Gewalttat im Sinne des Gesetzes über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten

Wenn ja, von welcher Stelle?

Name/Ort:

Aktenzeichen:

Wenn nein, haben sie Sie aktuell einen entsprechenden Antrag gestellt?

Ja, bei welcher Stelle:

nein

Aktuell ambulant behandelnder Psychiater/Neurologe:

Name:

Anschrift:

Telefon: seit:

Falls Sie zurzeit nicht in psychiatrischer neurologischer Behandlung sind, Anschrift des Facharztes, bei dem Sie zuletzt waren:

Name:

Anschrift:

Telefon: seit:

In der Vergangenheit bzw. aktuell behandelnder Psychotherapeut

Name:

Anschrift:

Telefon: seit:

Hausarzt

Name:

Anschrift:

Telefon: seit:

Haben Sie aktuell Suizidgedanken, bzw. Suizidversuche in der Vergangenheit gehabt?

.....

Wer oder was hat Sie veranlasst, sich in ärztliche/stationäre Behandlung zu begeben?

.....

.....

Was erwarten Sie durch die Behandlung bei uns im Hause?

.....

Risikofaktoren oder Gefährdung durch

Bewegungsmangel Übergewicht Medikamente Nikotin Drogen Alkohol

Sonstiges:

Aktuelle Medikamente:

Medikament: wofür:

Dosierung: seit/bis:

Medikament: wofür:
 Dosierung: seit/bis:

Medikament: wofür:
 Dosierung: seit/bis:

Medikament: wofür:
 Dosierung: seit/bis:

Sind Sie aktuell schwanger? :

Gibt es weitere chronische Erkrankungen? :

Benötigen Sie folgende Hilfsmittel: Sehschwäche (Brille) Hörschwäche (Hörgerät) Lähmung

Sonstige Hilfsmittel:

Freizeitverhalten:

Womit beschäftigen Sie sich in Ihrer Freizeit?

.....

Besteht riskantes Verhalten? (z. B. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Stressbelastung)

.....

Treiben Sie gesundheitsgefährdenden Sport?

.....

Ist mangelnde Abgrenzung zwischen Berufs- und Privatleben ein Thema für Sie?

.....

Wie viele Stunden täglich verbringen Sie mit Computerspielen, Internetsurfen, Social Media (am Handy oder am Computer), etc.?

unter 5 Stunden 6 – 10 Stunden 11 – 15 Stunden mehr als 15 Stunden

Rechtliches:

Gab es in Ihrer Vergangenheit/ aktuell Strafverfahren, Führerscheinentzug, o.Ä.?

Wenn ja, welche und wann?

.....

.....

Sonstige Hinweise, Mitteilungen:

.....

.....

Wünsche und Ziele bzgl. der Behandlung und des geplanten Aufenthaltes in der RPK?

.....

.....

.....