

**Übergangseinrichtung zur Rehabilitation für  
Menschen mit psychischer Erkrankung  
Marianne-Leipziger-Haus**

**Bucher Straße 56, 90408 Nürnberg**

**Tel: 0911/ 936334-14**

**Fax: 0911/ 936334-30**

**Aufnahmebogen für die Rehabilitationsmaßnahme im  
Marianne-Leipziger-Haus**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie bewerben sich um einen Platz im Marianne-Leipziger-Haus.

Für die Vereinbarung eines Aufnahmegespräches benötigen wir den vor Ihnen liegenden Aufnahmebogen und eine aktuelle fachärztliche Stellungnahme. Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen möglichst vollständig aus. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie zu den jeweiligen Punkten die Rückseite zu benutzen oder ein gesondertes Blatt einzufügen. Der ausgefüllte Aufnahmebogen dient der Vorbereitung für das folgende Aufnahmegespräch.

Sollten Sie bei der Beantwortung der Fragen Unterstützung in Anspruch nehmen wollen, wenden Sie sich bitte an eine\*n für Sie zuständige\*n Mitarbeiter\*in der Klinik oder an einen Menschen Ihres Vertrauens. Kommt eine Aufnahme nicht zustande, vernichten wir Ihre Unterlagen nach einer Frist von zwei Jahren. Wir sichern Ihnen zu, dass alle Angaben grundsätzlich dem Datenschutz unterliegen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## I. Persönliche Daten

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

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

geb.: \_\_\_\_\_

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

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

Kinder: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Geschwister(Alter): \_\_\_\_\_

Ist eine Betreuung eingerichtet?

Ja       Nein

Betreuer\*in: \_\_\_\_\_

Wirkungskreise: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Besteht ein Einwilligungsvorbehalt (eingeschränkte Geschäftsfähigkeit)? Ja  Nein

Haben Sie Bewährungsauflagen zu erfüllen?

Ja  Nein

Ist ein Strafverfahren anhängig?

Ja  Nein

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Ja  Nein

Wenn ja, Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_

Wie finanzieren Sie momentan Ihren Lebensunterhalt  
(z. B. ALG 2, Krankengeld, Rente, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie über den Betrag von **10.000,- €** hinausgehend Vermögen?    Ja     Nein

Derzeitig zuständige Ärzte\*innen und/oder Betreuungspersonen:

Ambulant: \_\_\_\_\_

Stationär: \_\_\_\_\_

Aktuelle Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikation (Name und Dosis):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**IV. Fragen zur Erkrankungsgeschichte** (Bitte geben Sie möglichst kurze Antworten)

Schildern Sie bitte Ihre aktuellen Schwierigkeiten, Beschwerden, Symptome:

.....

.....

.....

.....

.....

Wann und wie haben Sie selbst zum ersten Mal Veränderungen und Auffälligkeiten bei sich festgestellt?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie schon versucht sich das Leben zu nehmen oder ernsthafte Planungen dazu unternommen? Wann?

.....

.....

.....

.....

Gab es in Ihrem Leben Phasen von Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch und/oder Medikamentenmissbrauch? Welche Substanz haben Sie benutzt und über welchen Zeitraum?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Erfahrungen mit anderen Süchten (Spielsucht, Magersucht usw.)? Wann und wie lange?

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie sich schon einmal Verletzungen in nicht suizidaler Absicht (z.B. Schnittwunden) zugefügt? Aus welchem Grund und über welchen Zeitraum?

.....

.....

.....

.....

.....

Wie ist Ihre Haltung zur momentanen medikamentösen Behandlung?

.....

.....

.....

.....

.....

**V. Welche Veränderungen streben Sie in Ihren Leben an?**

Bereich der Alltagsbewältigung/Alltagsgestaltung:  
(z.B. Haushaltsführung, Umgang mit Geld, Freizeitgestaltung, Behörden usw.)

.....

.....

.....

.....

Bereich der Krankheitsbewältigung/Medizinische Versorgung:  
(z.B. Rechtzeitiges Erkennen von Krisen, Wissen über die Erkrankung usw.)

.....

.....

.....

.....

Bereich der Entwicklung und Stabilisierung von sozialen Kompetenzen:  
(z.B. Wahrnehmung und Ausdruck eigener Bedürfnisse, Kontakte zu anderen Menschen aufnehmen lernen, Konflikte austragen können usw.)

.....

.....

.....

.....

Bereich Arbeit und Beschäftigung:  
(z.B. Entwicklung und Verbesserung vorhandener Ressourcen für die Erwerbstätigkeiten, Berufsfindung, Vorbereitung einer Ausbildung usw.)

.....

.....

.....

.....

## VII. Schweigepflichtsentbindung und Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich \_\_\_\_\_  
Bitte tragen Sie hier Ihren Namen, Vornamen und Ihr Geburtsdatum ein

Frau/Herrn: \_\_\_\_\_  
Name Arzt\*Ärztin

Klinikum: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem **Marianne-Leipziger-Haus**, Nürnberg.

Ich möchte an einer Rehabilitationsmaßnahme im Marianne-Leipziger Haus teilnehmen. Deswegen bin ich damit einverstanden, dass die Kostenübernahme beim überörtlichen Sozialhilfeträger oder dem Jugendamt vom Marianne-Leipziger-Haus in die Wege geleitet wird. Die zur Bewerbung eingereichten Unterlagen dürfen an die Kostenträger weitergegeben werden.

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

### **Betroffenenrechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind jederzeit berechtigt das Marianne-Leipziger-Haus um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Ferner können Sie jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Die Aufbewahrungsfrist beträgt 2 Jahre.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an das Marianne-Leipziger-Haus übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Die betriebliche Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der E-Mail-Adresse: [datenschutz@stadtmission-nuernberg.de](mailto:datenschutz@stadtmission-nuernberg.de)