

## **Geschäftsbereich Wohnen & mehr Qualitätsmanagement**

Sehr geehrte Interessenten,

wir freuen uns, dass Sie sich für die Wohnangebote der Ambulanten Betreuung interessieren. Gerne informieren wir Sie über unsere Arbeit und stehen für Ihre Fragen zur Verfügung.

Wir übergeben Ihnen heute eine Aufnahmeanfrage mit der Bitte, diese auszufüllen und postalisch an uns zu senden. Durch die Erteilung Ihrer Auskünfte ist es uns möglich festzustellen, ob eines unserer Betreuungsangebote zu Ihrem Betreuungswunsch passt.

Gerne können Sie das Formular um Informationen, die Ihnen wichtig erscheinen, ergänzen. Sollten Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an oder vereinbaren einen Termin mit uns. Wir beraten und unterstützen Sie gern.

Die Anfrage ist unverbindlich und dient einer ersten Kontaktaufnahme.

Sollten wir Ihnen ein geeignetes Wohn- und Betreuungsangebot anbieten können, vereinbaren wir mit Ihnen einen Vorort-Termin, bei dem Sie die Einrichtung kennen lernen können. Zu diesem Termin nehmen wir uns Zeit Ihre Fragen zu beantworten und mit Ihnen gemeinsam das weitere Vorgehen abzustimmen.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und Ihr Interesse!

Es grüßen Sie herzlich  
die Mitarbeitenden der Ambulanten Betreuung

Sie erreichen uns wie folgt:

Ansprechpartner: Frau Lewing  
Telefon: 03337 43 07 0  
Telefax: 03337 43 07 20  
E Mail: [haus.sonnenblick@stephanus.org](mailto:haus.sonnenblick@stephanus.org)  
Anschrift: Bahnhofstraße 42, 16359 Biesenthal

**Angaben zur Ihrer Person:**

Name: ..... Vorname: .....  
geb. am: ..... in: .....  
wohnhaft: .....  
.....

**Grund der Anfrage:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gewünschter Aufnahmetermin:**.....

**Gesetzliche Betreuung / Personensorgeberechtigter / Ansprechpartner:**

Name: .....  
.....  
Anschrift: .....  
.....  
.....  
Telefon: .....  
Telefax: .....  
E-Mail: .....

Aufgabenkreise: .....  
.....  
.....

**Welche Wohnform wäre für Sie geeignet?**

Können Sie mit Unterstützung in einer Wohnung selbstständig wohnen?

- Ja
- Nein

Benötigen Sie Unterstützung am Tag?

- Ja
- Nein

Benötigen Sie Unterstützung in der Nacht?

- Ja
- Nein

Haben Sie eine Pflegestufe?

- Ja
- Nein

Muss die Wohnung bzw. die Einrichtung barrierefrei sein?

- Ja
- Nein

Weitere Informationen:

.....  
.....  
.....

**Sind Sie berufstätig oder besuchen Sie noch die Schule?**

WfbM:

- Ja
- Nein

Aufnahmeanfrage gestellt am: .....

Anschrift: .....  
.....  
.....

Förder- und Beschäftigungsbereich:

- Ja
- Nein

Aufnahmeanfrage gestellt am: .....

Anschrift: .....  
.....  
.....

Schule:

- Ja
- Nein

Aufnahmeanfrage gestellt am: .....

Anschrift: .....  
.....  
.....

Sonstiges:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Welche medizinischen Diagnosen wurden gestellt?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sind Sie:

- körperlich beeinträchtigt
- geistig beeinträchtigt
- psychisch beeinträchtigt
- abhängigkeitskrank
- Weiteres?

.....  
.....

Haben Sie besondere Verhaltensweisen?

.....  
.....

**Was möchten Sie uns noch mitteilen?**

(Wichtige Informationen oder auch Wünsche)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sollten Sie im Besitz von Beurteilungen, Entwicklungsberichten o.ä. sein so würden wir uns freuen, wenn Sie diese der Anfrage beilegen.

Nach der Bearbeitung werden wir uns umgehend bei Ihnen melden.

Wir danken Ihnen für die Zusammenarbeit!