|  |
| --- |
| Anmeldung Wohn-Coaching |

|  |  |
| --- | --- |
| O:\MDW\0 MDW\_allg\Prozesse\_Konzept\_Literatur\Prozesse\_Arbeitsblätter\WoCo\Anmeldung Wohn-Coaching\_V12\_geschützt.docx | Anmeldung Wohn-Coaching\_V12\_geschützt.docx |

Besten Dank für Ihre Anmeldung.

Das Wohn-Coaching eignet sich für erwachsene Personen mit einer Wohn-Problematik aufgrund einer psychischen Erkrankung und arbeitet in Ergänzung zu bestehenden Unterstützungsangeboten. Die Freiwilligkeit der KlientInnen, sowie vorhandene oder Bereitschaft für eine ambulante Behandlung durch eine psychiatrische oder psychologische Fachperson sind Voraussetzungen.

Das Wohn-Coaching kann keine akuten Krisensituationen auffangen.

1 Anmeldung

Datum der Anmeldung: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Kontaktangaben ZuweiserIn:

Beziehungsgrad Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel G Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

2 Patientenstammdaten

Name Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Adresse Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PLZ Ort Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Tel Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Geb.-Datum Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Sprache Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

KK Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Interne Information ohne KoGu : CSS (inkl. Arcosana, Intras), Sanitas  
btrf.Wegvergütung: mit KoGu: Helsana, KPT, Sanitas Compact

Versicherung über Hausarztmodell, HMO, Telmed o.ä.:

Ja 🡪 Zuweisungsschreiben des entsprechenden Arztes/Ärztin ist   
zwingend erforderlich und baldmöglichst durch Patient bzw. Patientin nachzureichen.

Nein

3 Wohnsituation und Auftrag

Aktuelle Wohnsituation und Wohnproblem (Auswirkungen der Erkrankung auf das Thema Wohnen):

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Angedachter Auftrag ans Wohn-Coaching:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Die Anmeldung zum Wohn-Coaching erfolgt in Rücksprache mit und im Einverständnis des Klienten bzw. der Klientin: Ja

Nein 🡪 Bitte Anmeldung mit Klient/in rückbesprechen

Finanzielle Situation: Einkommensquelle, ob Betreibungen bekannt sind etc.

4 Medizinische Informationen (wenn möglich durch eine ärztliche Fachperson auszufüllen)

Diagnose/n: Möglichst nach ICD-10

Amb. Psychiater/Psychologin: Ja Kontaktdaten

Nein

Selbstgefährdung: Aktuell: Stellungnahme erforderlich

In der Vergangenheit: Stellungnahme erforderlich

Fremdgefährdung: Aktuell: Stellungnahme erforderlich

In der Vergangenheit: Stellungnahme erforderlich

5 Wenn aktuell stationär oder teilstationär

voraussichtliche verbleibende Behandlungsdauer: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

bereits angedachte Anschlusslösungen: z.B. Wohnlösung, Tagesklinik, Spitex

Kernbehandlungsteam (wenn nicht bereits erfolgt, bitte über Anmeldung zum Wohn-Coaching informieren):

* Fallarzt/-ärztin: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Pflegerische Bezugsperson: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
* Zuständige Sozialarbeitende/r: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

6 Weitere Anmerkungen

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

7 Unterschriften

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

ZuweiserIn ggf. Patient\_in ggf. Arzt/Ärztin