



Anfragebogen

Ambulant Betreutes Wohnen (AmBeWo)

Datum

Name:

Geburtsdatum/-ort:

Meldeadresse

Telefonnummer:

E-Mail:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Ambulant Betreutes Wohnen

Austraße 30

83022 Rosenheim

Telefon: 08031 23415-20

Fax: 08031 23415-1750

Email: ambewo@sd-obb.de

Aktueller Aufenthaltsort

Ggf. Name, Kontaktperson und
Adresse der Einrichtung:

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

Ggf. Name und Adresse des
anderweitigen Aufenthaltsortes

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

Aufenthalt seit:

Kurzbeschreibung der aktuellen Situation:

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

**Bevorzugte Betreuungsform** (bei Mehrfachnennungen bitte Reihenfolge angeben)

- ☐ Betreutes Einzelwohnen in der eigenen, vorhandenen Wohnung (BEW)
- ☐ Betreutes Einzelwohnen Rosenheim in einem Diakonie-Appartement (BEW)
- ☐ Betreute Wohngruppe Rosenheim (TWG)
- ☐ Betreute Wohngruppe Wasserburg (TWG)
- ☐ Betreute Wohngruppe Brannenburg (TWG)

Gewünschter Aufnahmetermin:**Ggf. Gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter** (bitte Kopie Betreuerausweis beifügen)

Name, Anschrift, Tel.

.....

.....

.....

Gesundheitsbereich

Medizinische Diagnose(n)
(Abhängigkeits- und/oder psychi-
sche Erkrankung)

.....

.....

.....

Meldepflichtige Infektionskrank-
heiten (z.B. HIV, Hepatitis, ...):

Andere relevante Erkrankungen /
Beschwerden

Verordnete Medikamente:

.....

.....

.....

.....

.....

Ggf. Grad der Behinderung laut
Ausweis:

In suchtmmedizinischer
/psychiatrischer Behandlung seit

Bisherige ambulante Therapien



Bisherige stationäre Therapien	
Gab es schon Suizidversuche? Wenn ja, wann zuletzt?	
Gewaltdelikte? Wenn ja, wann zuletzt und welche Form?	

Kurzer Lebenslauf (Schule/Ausbildung/Beschäftigung):
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>

Krankheitsverlauf / Suchtverlauf:
<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>



Ich wünsche mir Unterstützung in den folgenden Bereichen / Situationen:	ja	manchmal	nein
Pflege meiner sozialen Kontakte / Knüpfen von neuen Kontakten			
Konflikte im zwischenmenschlichen Bereich			
Ausgewogene und gesunde Ernährung			
Selbstversorgung (Einkaufen)			
Körperwahrnehmung / Körperpflege			
Wohnraumpflege und Ordnung halten			
Öffnen und Beantworten von Briefen			
Geldangelegenheiten			
Behördenangelegenheiten (Antragsstellung, Behördengänge)			
Arbeit/Beschäftigung			
Tages- und Wochenstruktur			
Örtliche Orientierung			
Sinnvolle Freizeitbeschäftigung			
Krisensituationen			
Suche nach geeigneter therapeutischer Unterstützung / geeigneten Ärzten			
Arztbesuche (Begleitung, Vor- und Nachbesprechung)			
Medikamenteneinnahme			
Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit			
Selbstständigkeit und Übernahme von Verantwortung			
Motivation und Antrieb			

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen!

Ort, Datum

Unterschrift Bewerber/-in