



Anamnesefragebogen

Haus am Schlosspark des Diakonischen Werk Rosenheim

Datum:

Nachname: Vorname(n):

Geburtsdatum: Telefonnummer:

E-Mail:

aktueller Aufenthalt:

.....
Straße, Hausnummer Ort

ggf. Daten der rechtlichen Betreuung:

.....
Vor-, Nachname Kontaktdaten

Kontakt:

Den Fragebogen können Sie per Post an die **Haus am Schlosspark** (Am Schlosspark 18, 83059 Kolbermoor), per Mail an **hausamschlosspark@sd-obb.de** oder **persönlich vor Ort** zur Bearbeitung vorbeibringen.

Hinweis:

Unwahre und/oder unvollständige Angaben zur Art und Anzahl der Straftaten sowie Krankheiten können zur Absage Ihrer Anfrage beziehungsweise zur Kündigung des Betreuungsvertrages und damit zur Entlassung aus der Einrichtung führen.

Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten für das Aufnahmeverfahren in den Wohngemeinschaften des Diakonischen Werk Rosenheim verwendet werden.

Diese personenbezogenen Daten werden gemäß den Bestimmungen des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD) verarbeitet. Dies bedeutet eine Vorhaltung der Informationen gemäß der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen zur Dokumentation der Anfragen und zur statistischen Erhebung dieser.

Die Informationen werden im Funktionsbereich der Wohngemeinschaften im Sinne einer Entscheidungsfindung zur Aufnahme geteilt. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.

Sie sind gegenüber der Diakonie Rosenheim berechtigt, eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den gespeicherten Daten zu erhalten, die Löschung und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verlangen oder diese Daten an eine andere verantwortliche Stelle zu übermitteln.

Sie können gemäß § 25 DSG-EKD jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an das Diakonische Werk Rosenheim übermitteln.

Verantwortliche Stelle:

Diakonische Werk des Evang.-Luth. Dekanatsbezirks
Rosenheim e. V.
Dietrich-Bonhoeffer-Straße 10
83043 Bad Aibling

Datenschutzbeauftragter:

Diakonische Werk des Evang.-Luth. Dekanatsbezirks
Rosenheim e. V.
Datenschutzbeauftragter
Dietrich-Bonhoeffer-Str. 10
83043 Bad Aibling
E-Mail: datenschutz@dwro.de



1. persönliche Angaben

- 1.1 Geburtsort: Land:
Staatsangehörigkeit: ggf. Aufenthaltstitel:
- 1.4 Familienstand: verheiratet/geschieden seit
- 1.5 Haben Sie Kinder? ja nein
Wenn ja, geben Sie bitte die Vornamen und das Alter unten an:
1. Alter: ... 2. Alter: ... 3. Alter: ...
- 1.6 Haben Sie das Sorgerecht für Ihr(e) Kind(er)? ja nein
- 1.7 Müssen Sie für Ihre Frau oder für Ihre Kinder Unterhalt zahlen? ja nein
- 1.8 Haben Sie noch Kontakt zu Familienangehörigen? ja nein
Wenn ja, zu wem?
Wenn nein, warum nicht?
- 1.9 Gibt es für Sie sonstige wichtige Bezugspersonen ja nein
Wenn ja, welche? (z.B. Freundin, Freunde, Bewährungshilfe)
.....
.....

2. Aufenthaltsverhältnisse

- 2.1 Wo und bei wem lebten Sie bis zum 18. Lebensjahr?
.....
- 2.2 Wann und aus welchem Grund verließen Sie erstmals Ihre Herkunftsfamilie?
.....
Sind Sie dorthin noch einmal zurückgekehrt? ja nein
Wenn ja, warum:
- 2.3 Wie oft sind Sie bisher in Ihrem Leben umgezogen?
Was waren die Gründe für die Umzüge?
.....
.....
Waren Sie schon einmal wohnungslos? ja nein
Wenn ja, warum? (wie oft, wann...)
- 2.4 Aufenthalt in Einrichtungen:

Einrichtung		von	bis	Name der Einrichtung	ggf. Gründe
Kinder- oder Jugendheim	<input type="radio"/> ja				
	<input type="radio"/> nein				
Wohnungsnotfallhilfe	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
Einrichtungen Eingliederungshilfe oder nach §67 SGB XII	<input type="radio"/> ja				
	<input type="radio"/> nein				
Krankenhaus (länger als 2 Wochen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				



Fachklinik zur Suchttherapie	<input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> abgeschlossen
	<input type="radio"/> nein				<input type="radio"/> nicht abgeschlossen
Fachklinik für Psychiatrie	<input type="radio"/> ja				<input type="radio"/> abgeschlossen
	<input type="radio"/> nein				<input type="radio"/> nicht abgeschlossen

2.5 Aufenthaltsverhältnisse vor der Aufnahme - Bitte möglichst exakt und weit zurück angeben!

von	bis	Anschrift	Unterkunftsart (z.B. JVA, Wohnung)	Bemerkungen (z.B. Gründe des Wechsel)

2.6 Haben Sie schon im Ausland gewohnt? ja nein

Wo und von wann bis wann?

3. Schulen / Ausbildung / Arbeit

3.1 Haben Sie einen Schulabschluss?

ja nein

wenn ja, welchen?

3.2 Welche Bildungseinrichtungen haben sie im Anschluss besucht?

ggf. Abschluss oder Grund des Abbruchs

3.3 Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung?

ja nein

Wenn ja, welche?

3.4 Wie viele Jahre haben Sie insgesamt versicherungspflichtig gearbeitet?

.....

3.5 Beschäftigungsverhältnis - Bitte füllen Sie folgende Tabelle möglichst detailliert aus!

ausgeübter Beruf	von	bis	Grund der Beendigung

3.6 Was sind Ihre beruflichen Pläne?

.....



4. gesundheitliche Situation

- 4.1 Bestehen bei Ihnen dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen? ja nein
(Welche und seit wann?)
- 4.2 Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein GdB:
- 4.3 Beziehen Sie eine Rente oder haben Sie einen Rentenantrag gestellt? ja nein
Wenn ja, welche?
- 4.4 Haben sie ansteckende Krankheiten?
 Hepatitis HIV TBC sonstige.....
- 4.5 Besteht bei Ihnen im Moment ärztlicher Behandlungsbedarf? ja nein
Wenn ja, warum?
- 4.6 Benötigen Sie regelmäßig Medikamente? ja nein
Wenn ja, welche?
- 4.7 Welche medizinischen oder psychologischen Gutachten gibt es?
.....
- 4.8 Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?
.....

5. Sucht und Suchtgefährdung

- 5.1 Erläutern Sie Ihre Erfahrungen mit:
Alkohol
Tabletten
Heroin/Opiate
Crystal
Fentanyl
exzessivem Spielverhalten / Spielsucht
Haschisch / Marihuana
Kokain
Ecstasy / Amphetamine
- 5.2 Sind Sie abhängig? ja nein
Wovon? seit wann?
- 5.3 Beschreiben Sie Ihren Alkohol- und Suchtmittelkonsum der letzten drei Monate!
.....
.....
- 5.4 Wollen Sie an Ihrem Umgang mit Suchtmitteln etwas ändern? ja nein
- 5.5 Haben Sie bereits eine Entgiftung gemacht? ja nein
Wann und in welcher Klinik?
.....
Entzug von welchem Suchtmittel?



6. Schulden

- 6.1 Haben Sie Schulden? ja nein Wie viel insgesamt?
- 6.2 Welche Art Schulden und wie viel jeweils?
- Bank-/ Kreditschulden
- Privatschulden
- Anwalts- & Gerichtskosten
- Unterhaltsschulden
- sonstige Schulden
- 6.3 Begleichen Sie diese Schulden? ja nein Privatinsolvenz läuft seit:
monatliche Tilgungsrate:

7. strafrechtliche Vorgeschichte

- 7.1 Anzahl der bisherigen Verurteilungen:
- 7.2 Art der Straftaten (und Haftdauer):
.....
.....
.....
- 7.3 Sind Sie unter Einfluss von Alkohol oder anderen Suchtmitteln straffällig geworden?
 ja nein
- 7.4 stehen Sie unter ja nein
Bewährungsaufsicht
 ja nein
Führungsaufsicht
- 7.5 Haftstrafen:

Einrichtung	von	bis	Name der JVA	Straftat
Jugendarrest / Jugendstrafvollzug				
Justizvollzugsanstal- ten				



8. Schwierigkeiten und Probleme - Kreuzen Sie bitte Ihren Unterstützungsbedarf an.

Thema Wohnung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnungssuche | <input type="checkbox"/> Wohnungsbewerbung |
| <input type="checkbox"/> Mietzahlung | <input type="checkbox"/> Haushaltsführung |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit Vermietern | <input type="checkbox"/> Probleme mit Nachbarn |

Thema Materielles:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beschaffung von Möbeln | <input type="checkbox"/> Beschaffung von Kleidung |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Geld/Geldeinteilung | <input type="checkbox"/> Bilden von Rücklagen |
| <input type="checkbox"/> Verschuldung | <input type="checkbox"/> Regelung finanzieller Angelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Unmittelbare Bedürfnisbefriedigung | |

Thema Arbeit:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlende Berufsausbildung/Schulabschluss | <input type="checkbox"/> Einschätzung meiner Belastbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit | <input type="checkbox"/> Bewerbungsschreiben |
| <input type="checkbox"/> Berufsperspektiven | <input type="checkbox"/> Vorstellungsgespräche |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten mit Kollegen/ Vorgesetzten | |

Thema Soziale Kontakte:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> tragfähiger Freundeskreis | <input type="checkbox"/> Isolationstendenzen |
| <input type="checkbox"/> Partnerschaft | <input type="checkbox"/> mangelndes Selbstwertgefühl |

Thema Gesundheit:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Suchtproblematik | <input type="checkbox"/> akute Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Suchtgefährdung | <input type="checkbox"/> Selbstvernachlässigung |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> Umgang mit ÄrztInnen |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankungen | |

Thema Lebenspraktische Kenntnisse:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> fehlende Konfliktlösungsstrategien | <input type="checkbox"/> Umgang mit Ämtern und Behörden |
| <input type="checkbox"/> Fluchtverhalten | <input type="checkbox"/> mangelndes Selbstvertrauen |
| <input type="checkbox"/> eigenständige Lebensführung | <input type="checkbox"/> Umgang mit digitalen Medien |
| <input type="checkbox"/> Orientierungslosigkeit | <input type="checkbox"/> Verhinderung erneuter Inhaftierung |

9. Was ich sonst noch mitteilen möchte:

.....

.....

.....

Ich habe die Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten gelesen und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift. Die angegebenen Informationen sind vollständig und entsprechen der Wahrheit.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewerber/-in

gegebenenfalls
Ort, Datum

.....
Unterschrift rechtliche Betreuung Bewerber/-in