



A-4580 WINDISCHGARSTEN / EDLBACH 1 / INFO@LOGOSGEMEINSCHAFT.AT / 0699-17452006

AUFNAHMEBOGEN

Die Angaben in diesen Unterlagen werden streng vertraulich behandelt und sollen uns dazu dienen, einen ersten Eindruck von Ihnen und Ihrer Situation zu erhalten. Wir danken für Ihre Kooperation!

Ort und Datum: _____

Wenn möglich,
fügen Sie bitte hier
ein aktuelles Foto
von sich ein

I. IHRE PERSONALIEN

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Plz: _____ Tel. Nr.: _____

Geburtsort: _____

Krankenkasse: _____ Vers. Nr.: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

II. IHRE KONTAKTPERSONEN

1. Name und Adresse Ihres behandelnden Nervenarztes/Therapeuten

2. Name und Adresse Ihres Seelsorgers/Ihrer Seelsorgerin/Therapeutin

Sind Sie bereit, die oben genannten Personen von der Schweigepflicht zu entbinden?

nein(), ja()

III. IHR KÖRPERLICHER GESUNDHEITZUSTAND

1. Ihre Körpergröße: _____ Ihr Gewicht: _____
2. Gewichtsveränderungen in der letzten Zeit? Keine ()
Zunahme: / Abnahme: _____ kg. Im Zeitraum von _____
3. Welche ernsthaften Krankheiten, Unfälle, Verletzungen oder Behinderungen haben oder hatten Sie? _____
4. Gibt es derzeit gesundheitlich bedingte Einschränkungen in Ihrer Arbeitsfähigkeit?
nein()
ja(), welche? _____
5. Nehmen Sie Medikamente ein? Welche?

IV. IHRE PERSÖNLICHE SITUATION

1. Welche regelmäßigen Einkünfte beziehen Sie derzeit?
(Arbeitsverhältnis/Krankengeld/Arbeitslosengeld/Notstandshilfe/Sozialhilfe/Pension)
Seit wann?/Höhe? _____
2. Haben Sie Schulden? _____; wie hoch etwa? _____

V. BISHERIGE THERAPEUTISCHE UND SEELSORGERLICHE HILFEN

1. Bisherige Krankenhausaufenthalte oder andere stationäre Hilfen
(Name und Art der Einrichtung, Zeitraum) _____

Unter welcher Diagnose wurden Sie behandelt? (falls bekannt) _____

2. Hatten Sie schon einmal lebensmüde Gedanken?
Nein/Ja/ wann? _____

Haben Sie schon einmal (oder mehrmals) versucht, sich das Leben zu nehmen?
Nein/Ja/ wann und wie? _____

3. Wir ersuchen Sie, allfällige Befunde / Gutachten / Entlassungsberichte mitzubringen ! Danke

VI. SUCHTMITTEL

1. Sind Sie Raucher? nein(),
ja() - wie viele tägl.? _____

2. Hatten oder haben Sie Suchtprobleme - (Drogen, Alkohol, Nikotin, Tabletten...)
welche, wann, in welchem Umfang? _____

„LOGOS – Lebensgemeinschaft“ ist eine Gemeinschaft von Nichtrauchern, daher ist während des Aufenthaltes das Rauchen nicht gestattet.

Wir wissen, dass dies möglicherweise ein schwerer Schritt für Sie ist. Aus therapeutischen und gesundheitlichen Gründen - Rauchen ist eine schädigende Sucht! - und aus Rücksicht auf die ehemaligen Raucher in der Gemeinschaft wollen wir in diesem Punkt konsequent sein und bitten um Ihre Zustimmung:

Ich _____ bin darüber informiert, dass während einer Therapie bei „LOGOS – Lebensgemeinschaft mit Sinn“ Rauchen nicht gestattet ist und bin bereit, während meines Aufenthaltes nicht zu rauchen.

Ort

Datum

Unterschrift

VII. IHRE PROBLEMBESCHREIBUNG

1. Was erwarten Sie für sich persönlich von einem Aufenthalt bei der „LOGOS – Lebensgemeinschaft mit Sinn“?

2. Schildern Sie bitte hier Ihre momentanen Beschwerden und Probleme:

Danke für Ihre Mitarbeit!