

AMT DER KÄRNTNER LANDESREGIERUNG

Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege
 UA Prävention und Suchtkoordination
 9021 Klagenfurt am Wörthersee, Bahnhofplatz 5/2
 E-Mail: svpsychoziales@ktn.gv.at
 Tel.: +43 (0)50 536 – 15472
 Fax: +43 (0) 50536 – 15110

DGKP Stephan Drumel Case Management - Psychosoziale Angelegenheiten Tel:050 536 15472 Mobil:0664 / 80 536 15472 E-Mail: stephan.drumel@ktn.gv.at Web: https://suchtvorbeugung.ktn.gv.at	Verena Drolle, BA, MA Case Management – Psychosoziale Angelegenheiten Tel:050 536 15483 Mobil: 0664 / 80 536 15483 E-Mail: verena.drolle@ktn.gv.at Web: https://suchtvorbeugung.ktn.gv.at
---	---

Antrag um Aufnahme in eine Psychosoziale Wohnbetreuung

Vom Sozialarbeiter ¹ oder Antragsteller auszufüllen			
Familienname:		Vorname:	
Familienstand:		Staatsbürgerschaft:	
Geburtsort:		Geburtsdatum:	
Ordentlicher Wohnsitz:		Seit:	
Kostenträger:		Sozialversicherungsnummer:	
Art und Höhe des Einkommens:		Vermögen:	
Arbeit / Beschäftigung:		Pflegegeldstufe:	
Bezirksgericht:		Erwachsenenvertreter:	
Erwachsenenschutzrecht:	Finanziell:	Amtsbehördlich:	Medizinisch:

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.

Familienangehörige:	
Familienangehörige:	Anschrift:
Kontaktperson (Verhältnisgrad):	Anschrift & Telefonnummer:

Durch den Sozialarbeiter auszufüllen	
Zuständiger Sozialarbeiter:	
Psychosoziale Einschätzung:	

Durch das Behandlungsteam auszufüllen:	
Zuweiser:	Behandelnder Facharzt:
Diagnose:	Medikation: siehe Arztbrief
Risikofaktoren:	Drogenanamnese / Substitution:
Strafrechtliche Verfolgung:	Forensischer Status / gerichtliche Auflagen:
Ressourcen:	Verhaltensmuster bei Veränderungen:
Aggressive Tendenzen:	Suizidales Verhalten:
Beziehungsfähigkeit:	Gemeinschaftsfähigkeit:
Allfälliges:	
Ärztliche Empfehlung:	Zielvereinbarung:
Aufnahme am:	Geplante Entlassung am:
Von:	Nach:
Art der Überstellung:	
Anbei:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. (Vorläufiger) Arztbrief 2. Pflegeentlassungsbericht 	
....., am (Unterschrift des Antragstellers bzw. des gesetzlichen Vertreters)