

---

## Aufnahmebogen

für die Durchführung der örtlichen Fallkonferenz im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes (GPV) – Kreis Euskirchen

Ich bin damit einverstanden, dass die nachfolgenden aufgeführten personenbezogenen Daten zu meiner Person bzw. die persönlichen Daten verarbeitet werden, insbesondere erhoben, gespeichert und an die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass alle Angaben freiwillig erfolgen.

---

Allgemeine Daten alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Eingangsdatum:

Fall eingebracht durch:

(von GPV-Sprecher/in)

(Name, Vorname, Institution, Kontaktdaten)

Angaben Nutzer/Nutzerin

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Name, Vorname:

Geburtsdatum / Geburtsort:

Telefon / E-Mail:

Anschrift(en):

Falls abweichend Aufenthaltsadresse:

Familienstand / Anzahl der Kinder:

Staatsangehörigkeit:

Ausbildung:

Sonstige Kontaktmöglichkeiten

(über wen ist der Nutzer/ die Nutzerin noch erreichbar?)

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Name + Kontaktdaten:

Name + Kontaktdaten:

Name + Kontaktdaten:

Name + Kontaktdaten:

Gesetzliche Betreuung Ja      Nein      beantragt, am	Bevollmächtigte(r) Ja      Nein
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon/E-Mail:	Telefon/E-Mail:

Aufgabenbereiche d. gesetzl. Betreuung / Bevollmächtigt in den Bereichen:

Gesundheitsfürsorge      Aufenthaltsbestimmung      Vermögenssorge

Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Renten und Sozialleistungsträgern

Vertretung bei Gericht      Heimangelegenheiten

Wohnungsangelegenheiten      Entscheidung über den Fernmeldeverkehr

Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Postwurfsendung /

Organisation der ambulanten Versorgung

Sonstige Aufgabenbereiche:

Notarielle Beglaubigung      Ja      Nein

Rechtliche Auflagen

Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis

Aktuelle PsychKG-Unterbringung? Seit wann?

Ja, seit

Nein

Krankenhaus:

-----  
PsychKG/Unterbringungsbeschluss in der Vergangenheit      Ja      Nein

Anzahl d. Unterbringungen:

Krankenhaus:

BGB-Unterbringung:

Bewährungsauflagen, Führungsaufsicht, Kontaktverbot etc.:

Gesundheitsdaten

Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis

Krankenversicherung:

Diagnose(n):

Hausarzt/-ärztin:

Facharzt/-ärztin:

Suchtmittel:

Pflegegrad – Seit wann bestehend:

Pflegeleistungen:

Grad der Behinderung / Merkzeichen:

Therapieformen:

Psychosoziale Beratung / Begleitung (Ansprechpartner + Kontaktdaten):

---

Ressourcen

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Persönliche Ziele & Einschätzung hinsichtlich Alltagsanforderungen/Freizeit

/Tagesstruktur/Arbeitsangeboten:

Für die Krisenintervention hilfreich ist:

- Ankündigung einer Krise durch?
- Umgang mit einer Krise?
- Was hilft in einer Krise?
- Was hilft nach einer Krise?

Notwendige Unterstützung                    Ja                    Nein

Bereich(e)

Sonstiges

Was ist für den Menschen außerdem wichtig?

Rahmen

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Ausgangssituation/Fragestellung (Gründe für die Teilhabeberatung):

Prägende Lebensereignisse (Ggf. weitere Anlagen beifügen):

Sonstiges (Was ist außerdem wichtig):

---

Auftrag an das Fachgremium örtliche Fallkonferenz

**Alle Angaben erfolgen auf freiwilliger Basis**

Nach der Beratung sollte Folgendes in Aussicht gestellt werden:

Eine Verbesserung der Situation ist im ersten Schritt erkennbar an:

Dass die Fallkonferenz für den Nutzer/die Nutzerin hilfreich ist, erkenne ich an:

Notwendige Unterstützung:            Ja            Nein

Unterstützung für folgende Bereiche:

Sonstiges:

## Datenschutzerklärung

Ich erkläre hiermit, dass die von mir im Rahmen dieses Formulars übermittelten Daten korrekt sind und ich der Verarbeitung, insbesondere Erhebung, Speicherung und Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Rahmen des Aufnahmeantrages und der möglichen weiteren Zusammenarbeit mit dem GPV freiwillig zustimme. Die Daten werden vertraulich behandelt und nur im Rahmen des Aufnahmeprozesses sowie zum Zwecke der späteren pseudonymisierten Auswertung verwendet.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber den Kreis Euskirchen – Gemeindepsychiatrischer Verbund, A 53.2 Gesundheitsamt Sozialpsychiatrischer Dienst, Koordination GVP, Jülicher Ring 32, 53879 Euskirchen, E-Mail: [gpv@kreis-euskirchen.de](mailto:gpv@kreis-euskirchen.de) richten.

Ja, ich stimme der Datenverarbeitung zu

Nein, ich stimme der Datenverarbeitung nicht zu

Die Informationen gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich im Übrigen zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum, Unterschrift des Betroffenen / der Betroffenen

---

Datum, Unterschrift der gesetzlichen Betreuung

### Koordinierende Bezugsperson

\*Die koordinierende Bezugsperson ist für die trägerübergreifende Abstimmung und im Bedarfsfall für die erneute Einberufung einer örtlichen Fallkonferenz und Wiedereinbringung des Falls zuständig.

Die Kooperationspartner/innen verpflichten sich, die koordinierende Bezugsperson in ihrer Funktion anzuerkennen und zu unterstützen (siehe Kooperationsvereinbarung KooV Ziffer VI Punkt 4.)

#### Erklärung Einwilligung zur Übernahme der Funktion der koordinierenden Bezugsperson

Ich erkläre mich bereit, die Funktion der koordinierenden Bezugsperson zu übernehmen.

Name, Vorname:

Ggf. Institution:

Anschrift:

Telefon / E-Mail:

Ich (koordinierende Bezugsperson) erkläre hiermit, dass die von mir im Rahmen dieses Formulars übermittelten Daten korrekt sind und ich der Verarbeitung, insbesondere Erhebung, Speicherung und Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten an die Mitglieder des Gemeindepsychiatrischen Verbunds im Rahmen des Aufnahmeantrags und der möglichen weiteren Zusammenarbeit mit dem GPV freiwillig zustimme. Die Daten werden vertraulich behandelt und nur im Rahmen des Aufnahmeprozesses sowie zum Zwecke der späteren pseudonymisierten Auswertung verwendet.

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber den Kreis Euskirchen - Gemeindepsychiatrischer Verbund, A 53.2 Gesundheitsamt Sozialpsychiatrischer Dienst, Koordination GPV, Jülicher Ring 32, 53879 Euskirchen, E-Mail: gpv@kreis-euskirchen.de richten.

Ja, ich stimme der Datenverarbeitung zu

Nein, ich stimme der Datenverarbeitung nicht zu

Die Informationen gem. Art. 13 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) habe ich im Übrigen zur Kenntnis genommen.

---

Ort, Datum, Unterschrift der koordinierenden Bezugsperson

---

Verabredung im Rahmen der örtlichen Fallkonferenz

Ausfüllen während der örtlichen Fallkonferenz

Erste Schritte sind:

Angesprochen wird:

Beteiligt sind:

Nutzende/r kann Aufgabe übernehmen:

Aufgabenbereich:

Einbindung von Leistungsträger(in) notwendig?      Ja      Nein

Rückmeldung Leistungsträger(in):

Sonstiges:

Ggf. Wiedervorlage:      Ja      Nein