

Anmeldung zu den Steuerungsgremien

Meldung durch:

Datum der Sitzung:

SGP: Psychiatrie/DD/Sucht

Nachname, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse des/der
Klienten/Klientin:

Telefon/E-Mail:

Geschlecht:

m

w

d

k. A.

Migrationshintergrund:

wenn ja, welcher?

nein

ja

zuständiger
Kostenträger/Bezirk:

aktueller
Aufenthaltsbezirk:

aktuelle Wohnsituation:

vorherige
Betreuungssituation:

im Betreuungskontext
zu berücksichtigende
Kinder unter 18 Jahren:

nein

ja

Erst-Antrag

Maßnahmewechsel

Vorstellung erfolgt
durch:
(Name/E-Mail/Tel.-Nr.)

Erstdiagnose nach
ICD 10-Schlüssel:

Nennung:

Weitere Diagnosen:

Nennung:

Empfohlene Hilfe(n):

vorläufige Bedarfseinschätzung (ehemals HBG):

Bemerkungen / kurze Fallschilderung:

max. 1.000 Zeichen

Schweigepflichtentbindung für SGP liegt vor: