



Aufnahmeformular Wegweiser Gerontopsychiatrie Mittelfranken

Bitte füllen Sie im Folgenden nur das aus, was auf Ihre Einrichtung zutrifft.

1. Bitte geben Sie im Folgenden die Daten Ihrer Einrichtung ein.

Spitzenverband:	
Träger der Einrichtung:	
Adresse des Trägers:	
Name der Einrichtung:	

2. Kontaktdaten der Einrichtung:

Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail-Adresse:	
Web-Adresse:	

3. Ansprechpartner*in (wird auf der Homepage veröffentlicht):

Name:		Vorname:	
Funktion i. d. Einrichtung:			
Telefon:			

4. Korrespondenzpartner*in (wird nicht veröffentlicht, ist für den Auftritt auf der Homepage verantwortlich):

Name:		Vorname:	
E-Mail-Adresse (Pflichtfeld):			
Telefon:			

5. Bitte wählen Sie die Kategorie, unter der Sie im Wegweiser Gerontopsychiatrie erscheinen möchten. (Mehrfachnennungen sind möglich)

Alltagsbegleitung	Gruppenangebote für Erkrankte	Pflegeoase
Altenpflegeheime und Wohnheime	Hausärzte/-innen	Prävention und Therapie
Ambulante Pflegedienste	Hausgemeinschaften	Rehabilitationskliniken
Beratungsstellen	Haushaltshilfen	Selbsthilfe
Beschützende Pflegestationen	Heiminterne Tagesbetreuungen	Sozialpsychiatrische Dienste

Betreutes Wohnen	Helferkreise / Besuchsdienste	Suchtberatungen
Fachärzte/-innen	Hospiz- und Palliativversorgung	Tageskliniken
Fachliche Arbeitskreise	Kliniken	Tagespflegen
Fachstellen für pflegende Angehörige/ Angehörigenberatung	Krisendienst	Urlaubsangebote für Angehörige und Erkrankte
Gedächtnissprechstunden /Ambulanzen	Kurse / Schulungen für Helfer/ -innen	Vormundschaftsgerichte, Betreuungsstellen, Betreuungsvereine
Gesprächsgruppen für Angehörige	Kurse / Seminare für Angehörige	Wohngemeinschaften
Gruppen für Erkrankte / Betreuungsgruppen	Kurzzeitpflegen	Wohngruppen

6. Auf dem Wegweiser Gerontopsychiatrie ist eine Filterung nach den unten genannten Krankheitsbildern möglich. Bitte geben Sie an, nach welchem Filter Ihre Einrichtung bzw. Ihr Angebot zu finden sein soll.

(Mehrfachnennungen sind möglich, Angaben sind hier nicht zwingend notwendig)

Demenz	Ja	Nein
Depression	Ja	Nein
Suchterkrankung	Ja	Nein
Andere gerontopsychiatrische Erkrankung	Ja	Nein
Kein Filter	Ja	Nein

7. Angebotsspezifische Beschreibung (max. 255 Zeichen):

8. Machen Sie Haus- oder Pflege-/Seniorenheimbesuche?

(Mehrfachnennungen möglich, Angaben sind hier nicht zwingend notwendig)

Hausbesuche	Ja	Nein
Pflege-/Seniorenheim-besuche	Ja	Nein

9. Beschäftigen Sie gerontopsychiatrische Fachkräfte?

Gerontopsychiatrische Fachkräfte	Ja	Nein
----------------------------------	----	------

10. Öffnungszeiten / Erreichbarkeit der Einrichtung:

Montag:		
Dienstag:		
Mittwoch:		
Donnerstag:		
Freitag:		
Samstag:		
Sonntag:		
Anmerkungen:		
Es besteht eine Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr	Ja	Nein
Nähere Erläuterungen dazu:		
Es sind unmittelbar vor dem Dienst/der Einrichtung Parkplätze vorhanden	Ja	Nein
Es sind unmittelbar vor dem Dienst/der Einrichtung Behindertenparkplätze vorhanden	Ja	Nein

Datum:

Mit der Aktivierung der Checkbox und dem Absenden dieses Formulars erklären Sie sich gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. A DSGVO mit der Übermittlung und Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten einverstanden. Zudem erklären Sie sich mit dem Absenden dieses Formulars damit einverstanden, dass Ihre Daten an Dritte weitergegeben werden dürfen, wenn und soweit dies erforderlich sein sollte.

Formular senden**Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie uns!**

Bezirk Mittelfranken
Stabsstelle Koordination
Simone Schubert
E-Mail: wegweiser@bezirk-mittelfranken.de
Telefon: 0981/4664-2023