

Persönlicher Antrag

Sucht

Bei Doppel Diagnose, bitte ankreuzen was im Vordergrund steht Psychisch

An: Gesundheitsamt Bremen Steuerungsstelle Psychiatrie und Suchtkrankenhilfe Hornerstr. 60-70 28203 Bremen	Absender:
--	-----------

Erstbeantragung immer an 1. und 2.

Gesendet an: 1. Steuerungsstelle Psychiatrie *

2. AfSD-Bremen Sozialzentren der Region stationäre Hilfen

Für weiblich männlich divers

Name	Vorname	Geburtsdatum
Wohnanschrift vor Beginn der Maßnahme		

Leistungserbringer

--

<input type="checkbox"/> Aufnahme	weitere Förderung des	
<input type="checkbox"/> Betreuten Wohnens	Heimwohnens	<input type="checkbox"/> Nichtbehandlungsfall
<input type="checkbox"/> Aufnahme der Beschäftigung	<input type="checkbox"/> weitere Förderung	
<input type="checkbox"/> ArBiS	GiB	<input type="checkbox"/> Betreute Beschäftigung
<small>Arbeit, Beschäftigung und Soziales</small>	<small>Gesellschaft für integrative Beschäftigung</small>	

ab dem _____

Straße/Hausnummer und Postleitzahl/Ort der beantragten Maßnahme:

Schweigepflichtentbindung

Ich bestätige, dass mir das Informationsblatt zum Antrag ausgehändigt wurde. Um den Antrag bearbeiten zu können, entbinde ich die für mich zuständigen Mitarbeiter des Betreuten Wohnens/Heimwohnens des Leistungserbringers gegenüber dem Gutachter des psychiatrischen Behandlungszentrums bzw. der psychiatrischen Klinik, den VertreterInnen der Abstimmungskonferenz sowie der Steuerungsstelle Psychiatrie des Gesundheitsamts, von der Schweigepflicht.

Dem/der Mitarbeiter/in des AfSD werden nur die für die Kostenentscheidung notwendigen Informationen übermittelt.

Werden Informationen anderer Stellen notwendig, wird der/die Antragsteller/in zuvor um eine weitere Entbindung von der Schweigepflicht gebeten.

Datum	X	
	Unterschrift Klient/in bzw. ges. Betreuung	Telefon oder E-Mail