

Bleckenstedter Straße 36
38239 Salzgitter - Bleckenstedt

Wohnheim Forum

Aufnahmeantrag

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

Hiermit beantrage ich die Heimaufnahme

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

und / oder gesetzlicher Vertreter

Name: _____

Anschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Persönliche Daten

Name: _____ Geb.-Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnsitz vor Aufnahme in eine Einrichtung (Privatadresse):

Krankenkasse: _____ Mitglieds -Nr.: _____

versichert als : Pflichtmitglied
 freiwilliges Mitglied
 Rentner
 familienversichert

Befreiungsausweis ja nein

Schwerbehindertenausweis ja nein

Kosten der Unterbringung

Selbstzahler ja nein

Kostenträger : _____ AZ: _____

Gesetzliche Vertretung ja nein

Adresse Betreuer: _____

_____ Tel.: _____

Wirkungskreis: _____

Amtsgericht: _____ AZ: _____

Adresse Eltern: _____

_____ Tel.: _____

weitere Angehörige : _____

_____ Tel.: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

**Bearbeitungsbogen -Eingliederungshilfe -
Feststellungen Arzt, Heim, Sozialer Dienst**

Name, Vorname : _____ Geb.-Dat.: _____

Aktenzeichen : _____

Wohnung / Unterbringung: _____

1. Befund _____

Funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich _____

Funktionelle Einbußen im geistig-seelischen Bereich: _____

2. Medikamentöse Therapie: _____

3. Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie: _____

4. Sonstige therapeutische Maßnahmen: _____

5. Dienen die Maßnahmen der

■ positiven Beeinflussung der Behinderung und ihrer Folgen mit dem Ziel einer objektiven Besserung ?

ja nein

■ Sicherstellung einer Wartung und Pflege und damit der Hilfe bei den gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens ?

ja nein

6. Grad des Betreuungsaufwandes:

hoch

sehr hoch

außergewöhnlich hoch

_____ Datum

_____ Unterschrift & Stempel des Arztes

Verpflichtung / Kostenübernahmeregung

bei Aufnahme zu Lasten eines Sozialhilfeträgers

für Herrn / Frau _____ geb.am _____

Aufnahme - Datum _____

Aufnahme in _____

Ich verpflichte mich, für den Zeitraum zwischen Aufnahme und Überleitung auf den Sozialhilfeträger die Renten oder andere Einkünfte in voller Höhe zu vereinnahmen und zur Deckung der Pflegekosten bereitzuhalten.

Die Pflegekosten werden -nach unserer Kenntnis - von einem Sozialhilfeträger übernommen. Im Falle einer geänderten Vermögenssituation können weitere

Überleitungsansprüche des Sozialhilfeträgers entstehen bzw. kann sich die Verpflichtung ergeben, aus dem Einkommen / Vermögen des Heimbewohners die in der Einrichtung Forum anfallenden Pflegekosten zu dem jeweils genehmigten Pflegesatz (z.Zt _____-Euro/pflegetäglich) sowie einen Barbetrag von z. Zt _____ Euro zu zahlen

(Bundessozialhilfegesetz § 2 und § 79 - § 91)

Datum: _____

Unterschrift des/der zukünftigen Bewohners/ - in: _____

Datum: _____

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Angehörige: _____

Fragebogen zur Heimaufnahme

Name, Vorname: _____

Geb-Datum: _____ Adresse: _____

1. Anfrager :

- selbst
- Angehörige/; Familie/Verwandte/Pflegefamilie
- niedergelassener Arzt
- Krankenhaus
- LKH / PKH
- andere Einrichtung
- sonstige

2. Derzeitige Wohnsituation:

- eigene Wohnung
- Wohnheim
- Krankenhaus
- LKH / PKH
- nicht selbsthaft
- sonstige

Ansprechpartner: _____ Tel: _____

3. Art der Behinderung: (evtl. Mehrfachnennungen)

- geistige B bes.so.z.Schw hörgeschädigt
- psychisch krank Diabetes sprachbehindert
- anfallskrank sonstige körperbehindert
- suchtkrank schbehindert Rollstuhlfahrer

4. Diagnose: _____

5. Angaben zum geistig-seelischen Bereich:

örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
familiär-pers. orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
depressiv / euphorisch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
aggressiv oder unberechenbar	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
motorisch unruhig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
denk- und merkfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
gefährdet sich selbst oder andere	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
suizidgefährdet	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
neigt zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
neigt zum Zerstören	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig
bedarf der Aufsicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> ständig

Weitere Angaben zum geistig-seelischen Bereich: _____

Angaben zum körperlichen Befinden:

gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
regelmäßige Medikamentengabe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
teilweise bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ständig bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
kann nur mit Hilfsmitteln gehen/stehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
orthopädische Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rollstuhlfahrer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Weitere Angaben zum körperlichen Befinden: _____

7. Lebenspraktische Kompetenzen:

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Zubettgehen und Aufstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Umgang mit Geld	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Waschen/Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Körperpflege (frisieren/rasieren)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bedingt

Weitere Angaben zu lebenspraktischen Kompetenzen: _____

8. Arztbericht in der Anlage ja folgt

9. Sozialbericht/Lebenslauf ja folgt

10. gesetzliche Vertretung ja nein

11. Hilfeart Eingliederungshilfe gem. § 39 BSHG

Hilfe zur Pflege gem. § 68 BSHG

erhöht pflegebedürftig

schwer pflegebedürftig

Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten gem. § 48 Bundesseuchengesetz

ja

nein

Ort

Datum

Unterschrift&Stempel des Arztes

