



Anmeldung zur Heimaufnahme in die Sozialtherapeutische Wohnstätte der HERR-BERGE

1. Name, Geburtsname

2. Vorname(n)

3. Geburtsdatum und – ort

Staatsangehörigkeit

4. Wohnanschrift

5. derzeitiger Aufenthalt

6. Familienstand

seit:

8. erlernter Beruf

zuletzt ausgeübter Beruf

9. Kinder

Volljährige:

Minderjährige:

10. Konfession

11. Angehörige (Name, Anschrift, Tel., wie verwandt?)

12. Ansprechpartner für alle Angelegenheiten des Aufzunehmenden (Name, Anschrift, Tel.)

13. Liegt eine Vorsorgevollmacht oder richterliche Betreuung vor?

Wenn Ja, wer ist damit betraut? (Name, Anschrift, Tel., bitte Kopie beilegen)

14. Krankenkasse/ Mitgliedsnummer



15. Hausart (Name, Anschrift, Tel.)

16. Höhe des monatlichen Einkommens (ohne Pflegegeld)

17. Wer trägt die Heimkosten?

18. gewünschte Unterbringung (bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

19. Frühere Unterbringungen (in einem Wohnheim, Außenwohngruppe oder Betreuten Wohnen? Aus welchem Grund dort ausgezogen?)

20. gewünschter Einzugstermin

21. Aus welchen Gründen ist eine Heimaufnahme erforderlich?

22. Informationen, Hinweise

Die Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Sollten unvorhersehbare Umstände eintreten, informieren Sie uns bitte umgehend!

Der Arztfragebogen liegt dem Antrag bei

- Ja
- Nein
- Wird nachgereicht

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Aufzunehmender



Ärztlicher Bericht für die Aufnahme in der Sozialtherapeutischen Wohnstätte

Name und Geburtsdatum des Patienten:

Anschrift:

Krankenkasse:

Vorgeschichte (bisherige Erkrankungen, Behinderungen)

Eintritt der Pflegebedürftigkeit/ Betreuungsbedürftigkeit:

Befund/ Prognose:

Heimaufnahme ist erforderlich, weil:

Ist der Patient bettlägerig?

Diagnosen:

Pflegebegründende Diagnosen:

Bestehende Medikation:

Sonstige Verordnungen (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie)

Betreuen Sie den Patienten weiterhin?

Bei dem Patienten liegt keine ansteckungsfähige Tuberkulose vor. (Angabe unbedingt erforderlich)

Psychische Situation des Patienten:

Vorherige Unterbringung/ derzeitiger Aufenthalt:

Datum der letzten Tetanus-Immunisierung:

Datum:.....

Stempel und Unterschrift des Arztes:.....