

**Betriebsstätte:**

**DOMIZIL REICHSHOF**  
**Fritz-Schulte-Straße 12**  
**51580 Reichshof-Wildbergerhütte**

**FAX 02297 - 9118 78**

**Verwaltung:**

Fritz-Schulte-Straße 12  
 51580 Reichshof-  
 Wildbergerhütte

[domizil-qmb@aph-domizil.com](mailto:domizil-qmb@aph-domizil.com)

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden.

Vielen Dank für Ihr Verständnis !

**Bitte beachten! Wenn Leistungen nach dem Sozialhilfegesetz beantragt werden sollen, bitten wir vor vollstationärer Aufnahme die örtlich zuständige Pflegeberatungsstelle zu konsultieren.**

<b>1. NAME</b>	<b>2. Vorname</b>	<b>3. Geburtsname</b>		<b>4. Geburtsdatum</b>
<b>5. Familienstand / seit</b>	<b>6. Konfession</b>	<b>7. Staatsangehörigkeit</b>		<b>8. Beruf</b>
<b>9. Polizeilich gemeldeter Wohnsitz</b>	Straße, Hausnummer	PLZ:	Ort: Tel.:	
<b>10. Derzeitiger Aufenthalt:</b>	Straße, Hausnummer	PLZ:	Ort Tel.:	
<b>11. Angehörige:</b>	Straße, Hausnummer	PLZ:	Ort Tel.:	
<b>12. Betreuer:</b> NAME: Vorname:  Az:	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort Tel.: Fax: e-mail	
<b>13. Rentenversicherung</b> Name: Vers.Nr.:	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort Tel.: Fax:	
<b>14. Krankenkasse:</b> Name:  Vers.Nr.:	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort Tel.: Fax:	
<b>15. Pflegekasse:</b> Name:	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort Tel.: Fax:	
<b>16. Hausarzt</b>	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort: Tel.: Fax:	
<b>17. Facharzt</b>	Straße, Hausnummer	PLZ	Ort: Tel.: Fax:	

**18. Monatliches Einkommen** (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR

**19. Kostenträger** (Zutreffende Zeile bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- Das oben angegebene monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) > Bestand heute EUR \*\*).....
- Zuzahlung \*) von .....
- Das zuständige Sozialamt \*).....

\*) **Die Kostenverpflichtungserklärung** (Nichtzutreffendes bitte streichen)

liegt bei / folgt in den nächsten Tagen / muss noch beantragt werden / wurde beantragt am:.....

\*\*) Die Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist.

**20. gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer

**21. gewünschter Aufnahmeterrmin / Uhrzeit**

<b>22. Diät notwendig ?</b> Art und Gründe bitte angeben _____ _____ _____	<b>23. Werden Möbel mitgebracht</b> ja / nein _____ _____ _____
---	--

**24. bisherige Wohnung / Heimunterbringung** wo, wann, Grund für den Auszug / Umzug

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**25. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**26. Wer stellt den Antrag zur Heimaufnahme?** Name, Anschrift, Telefon, Fax, E-mail, etc.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

in welcher Eigenschaft: \_\_\_\_\_

Betreuung / Aktenzeichen etc. \_\_\_\_\_

**27. Pflegegrad:**  Die Erforderlichkeitsbescheinigung zur vollstationären Pflege liegt bei!

Hinweis: Die Aufnahme kann nur dann erfolgen, wenn die Erforderlichkeitsbescheinigung durch den MDK, eine Pflegeberatungsstelle oder das Gesundheitsamt ausgestellt wurde und vor Aufnahme durch den/die Antragsteller/in der Heimleitung vorgelegt wird!

**28. Der ärztliche Fragebogen ( Seite 3, ab Punkt 25 ) liegt ausgefüllt bei !**   
Bitte vor Aufnahme der aufnehmenden Heimleitung vorlegen

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
den, \_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in ggf. Unterschrift Vertreter / Betreuer/in

<b>29. Ärztliche Bescheinigung zur vollstationären Aufnahme</b>	<b>Az:</b>
---	------------

für Herrn / Frau\* ....., geb. am: .....

wohnhaft in .....,

ist seit ..... / derzeit\* in meiner Behandlung.

<b>1</b>	<b>mir liegen folgende Diagnosen vor:</b>
..... ..... .....	

<b>2</b>	<b>Die Erkrankung äußert sich in folgenden Symptomen:</b>
.....	

<b>30. Bestätigung gemäß § 36 Abs. 1, Infektionsschutzgesetz (IfSG)</b>
---

**Herr / Frau\* ..... ist frei von ansteckenden Krankheiten,  
insbesondere liegt keine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vor!  
( Die Aufnahme darf nur bei Bestätigung erfolgen! )**

<b>31. Anregung einer Betreuung gem BGB § 1896 ff</b>
---

Aufgrund der vorliegenden Erkrankung ist Herr / Frau\* .....

- nicht in der Lage, seine / ihre Angelegenheiten selbst zu regeln\*.
- sturzgefährdet\*

Einen Einwilligungsvorbehalt zur Abwendung einer erheblichen Gefahr für Person und Vermögen des / der Betroffenen schlage ich vor / schlage ich nicht vor\*.

Die Betreuung sollte m.E. folgende(n) Aufgabenkreis(e)\* umfassen:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Aufenthaltsbestimmung</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Wohnungsangelegenheiten</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Postkontrolle</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Ärztlicher Eingriff,</b><br>- Untersuchung des Gesundheitszustandes,<br>- Heilbehandlung | <input type="checkbox"/> <b>Unterbringung</b> und unterbringungsähnliche Maßnahmen:<br>.....<br>.....<br>.....<br><br><input type="checkbox"/> <b>regelmäßiger Freiheitsentzug</b> mittels folgender mechanischer Vorrichtungen:<br><input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Bauchgurt im Bett<br><input type="checkbox"/> Bauchgurt im Rollstuhl<br><input type="checkbox"/> Geriatrie-Stuhl etc. mit Vorstecktisch |
|---|--|

\* Nichtzutreffendes bitte streichen!

**Ein gesondertes Attest / Gutachten zur Begründung ist beigelegt!**

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Praxisstempel
---------------