

Betriebsstätte

DOMIZIL Düren

Fax: 02421 – 98 50 50

Lourdesstraße 18-22  
52353 Düren- Echtz  
[domizil.dueren@arcor.de](mailto:domizil.dueren@arcor.de)

## 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.**

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

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

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR

**15. 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

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

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

**16. gewünschte Unterbringung**

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

**17. gewünschter Aufnahmetermin / Uhrzeit**

\_\_\_\_\_

**18. Diät notwendig ?** Art und Gründe bitte angeben

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

**19. Werden Möbel mitgebracht ja / nein**

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

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

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

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

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

**22. Wer stellt den Antrag zur Heimaufnahme ?** Name, Anschrift, Telefon, Fax, e.mail, etc.

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

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

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

**23. Die Erforderlichkeitsbescheinigung** zur vollstationären Unterbringung liegt bei!  
**ACHTUNG:** Die Aufnahme kann nur dann erfolgen, wenn die Erforderlichkeitsbescheinigung durch den MDK oder das Gesundheitsamt ausgestellt wurde und vor Aufnahme durch den/die Antragsteller/in der Heimleitung vorgelegt wird.

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

\_\_\_\_\_ **den,** \_\_\_\_\_

<b>25. 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>26. 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>27. 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><input type="checkbox"/> - Untersuchung des Gesundheitszustandes,<br><input type="checkbox"/> - 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
---------------