

	Formular	Merkblatt zur Heimaufnahme (WHH)
---	----------	----------------------------------

Name der Einrichtung:	AWO Wilhelm-Hoegner-Haus Eingliederungshilfe Klettenberg 90, 97318 Kitzingen		
Nachname, Vorname:		Name Betreuer:	
Aufnahmedatum:			
Verantwortlicher Mitarbeiter:		Merkblatt zur Auf- nahme an Betreuer gesendet am / Hdz.:	

Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung der von uns benötigten Unterlagen, mit der Bitte, uns diese bis zum oder am Aufnahmetag vorzulegen. Wir weisen darauf hin, dass eine Aufnahme nur erfolgen kann, wenn die Kostenfrage geklärt ist.

		Bemerkungen	Erledigt Datum / Hdz MA
<input type="checkbox"/>	Kostenzusage des Kostenträgers		
<input type="checkbox"/>	Vorvertragliche Informationen		
<input type="checkbox"/>	Wohn- und Betreuungsvertrag inkl. Anlagen	Am Einzugstag vor Ort	
<input type="checkbox"/>	Haftpflichtversicherung	eigene oder Aufnahme in die Gruppenhaftpflicht der Einrichtung?	
<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung Medikamentenversorgung durch Apotheke		
<input type="checkbox"/>	Sozialbericht / ärztlicher Bericht		
<input type="checkbox"/>	Arztbriefe / Entlassbriefe	von beh. Arzt oder aus Klinik	
<input type="checkbox"/>	Verordnung Medikation		
<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Fragebogen BEH / Ärztliche Bescheinigung		
<input type="checkbox"/>	Impfbuch / Impfunterlagen		
<input type="checkbox"/>	Personalausweis – zur Einsichtnahme - zur Anfertigung einer Kopie	Vorhanden und gültig?	
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde / Abstammungsurkunde und / oder Heiratsurkunde -zur Einsichtnahme - zur Anfertigung einer Kopie		
<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis mit ggf. Beiblatt / Wertmarke -zur Einsichtnahme - zur Anfertigung einer Kopie (falls vorhanden)		
<input type="checkbox"/>	Kopie des aktuellen Pflegebescheids / Bestätigung des aktuellen Pflegegrades		
<input type="checkbox"/>	Kopie des aktuellen Rentenbescheides oder sonstigen Einkünften (falls vorhanden)		
<input type="checkbox"/>	Versichertenkarte der Krankenkasse	Vorhanden und gültig?	
<input type="checkbox"/>	Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse	Vorhanden?	
<input type="checkbox"/>	Kopie des Betreuerausweises / oder Bevollmächtigung (Beschluss vom AG)		
<input checked="" type="checkbox"/>	Noch vorab sehr wichtige Fragen/Klärungsbedarfe:		
<input type="checkbox"/>	Barbetragsergelung	montags Auszahlung gewünscht? In welcher Höhe mtl. Eingang und wöchentl.?	
<input type="checkbox"/>	Hausarztversorgung geregelt/ vorhanden	bzw. schon in Kitzingen gefunden/angefragt? Dr. Münch 09321-9319300 Dr. Sengenberger 09321- 9290404 Drs. Freund u. Hock 09321- 5466	
<input type="checkbox"/>	Verordnung BTM	relevant/vorhanden?	
<input type="checkbox"/>	Verordnung Insulin (Schema Diabetologe)	relevant/vorhanden?	
<input type="checkbox"/>	Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl)	relevant/vorhanden?	

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)	Revision: 002/11.2025
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo