

	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 Aufnahme an Betreuer gesendet am / Hdz.:	

Im Folgenden finden Sie eine Aufstellung der von uns benötigten Unterlagen, mit der Bitte, uns diese bis zum 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		
<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		
<input type="checkbox"/>	Verordnung Medikation		
<input type="checkbox"/>	Ärztlicher Fragebogen BEH / Ärztliche Bescheinigung		
<input type="checkbox"/>	Bescheinigung nach § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (Erstbelehrung)		
<input type="checkbox"/>	Impfbuch / Impfunterlagen		
<input type="checkbox"/>	Personalausweis – zur Einsichtnahme - zur Anfertigung einer Kopie		
<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		
<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		
<input type="checkbox"/>	Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse		
<input type="checkbox"/>	Übernahme der Zuzahlung nach § 62 SGB V (Medikamente) im Rahmen eines Darlehens über den Kostenträger oder als Einmalbetrag		
<input type="checkbox"/>	Kopie des Betreuerausweises / oder Bevollmächtigung		
<input type="checkbox"/>	Beantragung Fahrtkostenübernahme Heimfahrten		
<input type="checkbox"/>	Barbetragsregelung		
<input type="checkbox"/>	Beschluss des Amtsgerichtes über den Zeitraum der Betreuung		
<input type="checkbox"/>	Einverständniserklärung zum Datenschutz		
<input type="checkbox"/>	Einwilligung / Veröffentlicht von Foto-/ Film		
<input type="checkbox"/>	Motivationszulage abklären		

Geltungsbereich: Wilhelm-Hoegner-Haus (BEH)		Revision: 001/04.2024	
Bearbeitung: Aust, Udo	Prüfung: Aust, Udo	Freigabe: Aust, Udo	Seite: 1