



- Dauerstationäre Aufnahme ab: \_\_\_\_\_
- Doppelzimmer     Einzelzimmer
- Beschützender (geschlossener) Bereich (nur mit richterl. Beschluss)
- Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich \_\_\_\_\_ Zi.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Deb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Verteiler Pflege: \_\_\_\_\_

### 3. Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt     Privat (wie oben)     Klinik / andere Einrichtung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ letzte Eheschließung / Standesamt \_\_\_\_\_

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden?     Ja, \_\_\_\_\_%, gültig bis \_\_\_\_\_     Nein  
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

### 4. Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer \_\_\_\_\_        \_\_\_\_\_  
Status    Versicherungskarte gültig bis

Name Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_    Anschrift (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden     Ja     Nein  
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt     Ja, am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_     Nein  
(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad \_\_\_\_\_ besteht ab \_\_\_\_\_  
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach §43b SGB XI vor.  
 Ja     Nein     beantragt

### 5. Ärztliche Versorgung

Bisheriger Hausarzt  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse Praxis \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Hausarzt nach Aufnahme  
Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Adresse Praxis \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_



## 6. Besonderheiten / Verfügungen für die beschützenden / geschlossenen Wohnbereiche

**WICHTIG: Der Unterbringungsbeschluss MUSS VOR EINZUG vorgelegt werden!**

Ein gerichtlich bestellter Unterbringungsbeschluss liegt vor und ist gültig bis: \_\_\_\_\_

Zuständiges Amtsgericht \_\_\_\_\_

GNr / AZ Amtsgericht :   XVII  

## 7. Kontaktadressen / Angehörige:

### Angehöriger Nr. 1

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Angehöriger Nr. 2

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### Sonstige Kontaktadresse :

Name , Vorname: \_\_\_\_\_ Verhältnis zum Bewohner : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Wenn nicht mehr Email: \_\_\_\_\_

Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Danke.

## 8. Vertretung des Kunden / Bewohners

**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen**

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig.  der Bewohner ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen

Vollmacht liegt schriftlich vor (Genau Bezeichnung der Vollmacht) \_\_\_\_\_

Name Bevollmächtigter : \_\_\_\_\_ ggf. Ausstellender Notar : \_\_\_\_\_

Adresse Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_ Vollmacht ausgestellt am : \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Amtlich bestellte Betreuung  ist beantragt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

besteht seit \_\_\_\_\_ zuständiges Amtsgericht : \_\_\_\_\_

Für Betreuungsbereiche : \_\_\_\_\_

Aufenthalt  Gesundheit  Vermögen  Vertretung ggü. Behörden etc.  Entgegennahme/Öffnen der Post  Heimangelegenheiten

Sonstige (bitte benennen): \_\_\_\_\_ q

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	5.0	22.02.2017	Seite 2 von 3



Name / Adresse Betreuer : \_\_\_\_\_ GNr / AZ Amtsgericht : \_\_\_\_\_  
 XVII  
 Adresse Betreuer : \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

**9. Finanzierung des Heimaufenthaltes**

KOSTENTRÄGER:  Sozialer Kostenträger

- Sozialhilfeantrag  wurde gestellt bei Behörde \_\_\_\_\_  
 wurde gestellt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  
 Aktenzeichen SHV \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter SHV : \_\_\_\_\_  
 Kostenübernahme  ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)  
 ist noch nicht entschieden wegen \_\_\_\_\_  
 wurde abgelehnt wegen \_\_\_\_\_

Selbstzahler

Rechnungsempfänger ist  Bewohner /  Betreuer /  Bevollmächtigter /  Angehöriger Nr. \_\_\_\_\_  
 Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben : \_\_\_\_\_

Beihilfe beihilfeberechtigt zu \_\_\_\_\_ %

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**10. Aufnahmeverfahren**

**Heimaufnahmeantrag und Wohn- und Betreuungsvertrag**

Der Heimaufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen.  
 Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

**Richtigkeit der Angaben und Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren**

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartners

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIIa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
<b>Erstellt</b>	<b>Geprüft</b>	<b>Freigabe</b>	<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Seite</b>
AG Verwaltung	QMB	BGF	5.0	22.02.2017	Seite 3 von 3