

Anmeldung zum Einzug ins Wohnheim



Premium Lebenswelt
für Menschen mit Suchterkrankung

Villa Noah
Villa Sonne
Villa Simon

Rittergasse 94
D-06536 Südharz/ OT Stolberg
Tel. 034654/ 8000
Fax 034654/ 80023

Vor- und Zuname: _____

geborene(r) _____

Adresse: _____

Straße

PLZ/Ort

Telefon: _____ / _____

Derzeitiger
Aufenthalt:

Str./PLZ/Ort

Telefon

geboren am/in:

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand:

ledig verh. gesch. verw.

seit _____

Konfession:

ev. kath. andere

Angehörige

a) Name

b)

Vorname

Str.

PLZ/Ort

wie verwandt

Telefon

Betreuer

Name

Vorname

Str.

PLZ/Ort

Telefon _____

Wirkungskreis:

Vermögensangelegenheit

ja

nein

beantragt

Aufenthaltsbestimmung

ja

nein

beantragt

Gesundheitsfürsorge

ja

nein

beantragt

Geltendmachung von Ansprüchen auf Alters-
und Krankenversorgung bzw. Sozialhilfe

ja

nein

beantragt

Hausarzt Name _____
Str. _____
PLZ/Ort _____ Telefon _____ / _____

Krankenkasse _____

PLZ Ort , Straße, Hausnummer _____

Krankenversicherungsnummer _____

Rezeptgebührenbefreiung ja nein beantragt wann _____

Beihilfe ja nein

Pflegegrad ja nein beantragt wann _____

1 2 3 4 5

Pflegekosten Name _____
Rechnungs- Vorname _____
empfänger Str. _____
Ort _____ Telefon _____ / _____

Ich bin an einer Gruppenhaftpflichtversicherung (jährlich 25,00 EUR) interessiert. (wenn nein, dann bitte eine Kopie der eigenen privaten Haftpflichtversicherungspolice vorlegen) ja nein

Hinweise _____

Ort/Datum

Unterschrift Interessent

Unterschrift des Betreuers/ Angehörigen

Ärztlicher Fragebogen

zur Anmeldung zum Einzug ins Wohnheim



Premium Lebenswelt
für Menschen mit Suchterkrankung

Villa Noah
Villa Sonne
Villa Simon

Rittergasse 94
D-06536 Südharz/ OT Stolberg
Tel. 034654/ 8000
Fax 034654/ 80023

Eingang am: _____

Vor-/Zuname: _____

Geb.-Datum _____

Diagnosen, körperliche und geistig-/seelische Behinderungen: _____

Der/Die Antragsteller/in ist frei von ansteckenden
Krankheiten gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz:

ja nein

Sonstige Infektionen (z.B. multiresistente Erreger): nein ja, welche _____

Der/Die Antragsteller/in ist:

nein gelegentlich häufig dauernd

Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Harninkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Selbst- oder Fremdgefährdung vor: nein ja, welche _____

Suchtkrankheiten: nein ja, welche?: _____

Allergien nein ja, welche?: _____

Motorische Unruhe: nein ja, wie geäußert?: _____

Gemütsstimmung: wie geäußert?: _____

Der/Die Antragsteller/in hat folgenden Hilfebedarf: keinen gelegentlich häufig dauernd

Körperpflege

Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm/Blasenentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ernährung

mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostform _____

Mobilität

Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung innerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung außerhalb der Wohnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Derzeitige Medikation:

	früh	mittags	abends	nachts	bei Bedarf	evtl. Erläuterung
_____	<input type="text"/>	_____				
_____	<input type="text"/>	_____				
_____	<input type="text"/>	_____				
_____	<input type="text"/>	_____				
_____	<input type="text"/>	_____				
_____	<input type="text"/>	_____				

Ergänzende Hinweise und Bemerkungen

Frau/Herr ist in einem entgifteten Zustand? Ja Nein

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift des Arztes