

# 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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