

AUFNAHME – ANTRAG

Name:					
Vorname:					
Geburtsname:					
geb. am:					
in:					
Konfession:		Familienstand:			
zuletzt polizeilich gemeldet in: (vollständige Adresse, evtl. Telefon)					
Derzeitiger Aufenthaltsort:					
Im Falle vorliegender Betreuung:					
Art der Betreuung: mit / ohne Einwilligungsvorbehalt					
Aufgabenbereiche:					
Name des Betreuers:					
Tel.:					
Anschrift:					
Krankenversicherung					
Krankenkasse:					
Versicherungsnummer:					
erhält Krankengeld?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Höhe:	
Rente					
Rententräger:					
Rentenzeichen:					
erhält Rente?		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag	JH	2	10.06.2024	1 von 4

Art:			
Höhe in Euro:			
Arbeitslosenversicherung:			
zuständiges Arbeitsamt:			
erhält ALG 1	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Höhe: <input type="checkbox"/>
zuständiger Jobcenter:			
erhält ALG 2	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Höhe: <input type="checkbox"/>
Vermögen vorhanden ? (Grundbesitz, Lebensversicherungen, etc.)			
	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Barvermögen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Höhe: _____ Euro
Kostenträger der Unterbringung im Haus im Niederfeld:			
Der Antrag auf Kostenübernahme wurde abgesandt am			
an den zuständigen Sozialhilfeträger			

Aufnahmebedingungen:

Vor der Aufnahme muss vorhanden sein:

1. Aufnahmeantrag mit Arzt- und Sozialbericht, dazu neuer Lungenbefund/Bescheinigung über Nichtvorhandens ein ansteckender Erkrankungen.
2. Kostenzusicherung des zuständigen Kostenträgers
3. Krankenscheine bzw. Angabe der Krankenkasse
4. Abmeldebescheinigung des letzten Wohnortes
5. bei vorliegender Betreuung Bestallung des Betreuers
6. Entgiftung des Aufzunehmenden
7. begonnene zahnärztliche Behandlungen müssen abgeschlossen sein
8. 2500,- € Kautions, falls der Aufzunehmende Selbstzahler ist.

Die Übernahme ist nur möglich für Alkohol- und Medikamentenabhängige ohne krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit (im Sinne von Bettlägerigkeit und intensiven pflegerischen Maßnahmen, nicht im Sinne von Betreuung).

ÄRZTLICHE STELLUNGSNAHME

1. DIAGNOSEN nach ICD 10:
2. BISHERIGE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN WEGEN ALKOHOLISMUS ODER ANDERER SUCHTERKRANKUNGEN

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag	JH	2	10.06.2024	2 von 4

3. SONSTIGE WESENTLICHE DATEN ZUR VORGESCHICHTE (Dauer der Abhängigkeit, Organerkrankungen)
4. BEFUNDE
a. internistisch (Körperliche, Labor-, EKG-, Röntgen befunde etc.)
b. neurologisch (insbesondere Polyneuropathie)
c. psychisch (Orientiertheit, Gedächtnisstörungen, hirnorganischer Abbau, Einsichtsfähigkeit und Motivation für soziotherapeutische Maßnahmen)
5. AKTUELLE MEDIKATION
6. IST DER PATIENT FREI VON ANSTECKENDEN ERKRANKUNGEN?
JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Stempel der einweisenden Einrichtung
Krankenhaus / Gesundheitsamt o.ä.

Name und Unterschrift des Arztes

An die Bewerber, an die gesetzlichen Betreuer!

Wir bieten Ihnen an, die Quittungen über Praxisgebühren, Medikamentenzuzahlung etc. im Haus im Niederfeld zu sammeln und bei der Überschreitung der Bemessungsgrenze den Antrag auf Befreiung von jeglicher Zuzahlung bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen.

Mit oben stehender Regelung bin ich einverstanden/ nicht einverstanden.
(Zutreffendes bitte unterstreichen.)

Ich übergebe bei der Aufnahme in das Haus im Niederfeld dem Gruppenbetreuer die mir vorliegenden Quittungen.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag	JH	2	10.06.2024	3 von 4

Es liegt bereits ein Befreiungsausweis vor. Ich übergebe ihn bei der Aufnahme in das Haus im Niederfeld dem Gruppenbetreuer.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Anlage zum Aufnahme-Antrag für Selbstzahler

Betreuungskostenvorauszahlung

Für die Aufnahme im Haus im Niederfeld ist eine Betreuungskostenvorauszahlung in Höhe von 2.500,00 €, die als Sicherheitsleistung für uns eventuell entstehender Kosten dient, zu leisten.

Diese wird am Aufnahmetag in Rechnung gestellt und ist innerhalb von 10 Tagen ab Rechnungsdatum zu zahlen.

Monatsabrechnungen

Die Monatsabrechnung erfolgt immer bis zum 3. eines Monats rückwirkend für den Vormonat.

Hiermit erklärt sich der Unterzeichnende mit der Betreuungskostenvorauszahlung einverstanden.

.....
Datum

.....
Unterschrift Bewohner

.....
Datum

.....
Unterschrift Betreuer

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag	JH	2	10.06.2024	4 von 4