

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 nein Höhe:

Rente

Rententräger:

Rentenzeichen:

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag am PC auszufüllen	JH	1	03.05.2022	1 von 4

DO-012HiN Aufnahmeantrag am PC auszufüllen

erhält Rente? ja nein

Art:

Höhe: Euro

Arbeitslosenversicherung:

zuständiges Arbeitsamt:

erhält ALG 1 ja nein Höhe:

zuständiger Jobcenter:

erhält ALG 2 ja nein Höhe:

Vermögen vorhanden ? (Grundbesitz, Lebensversicherungen, etc.) ja nein

Barvermögen? ja nein 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

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag am PC auszufüllen	JH	1	03.05.2022	2 von 4

DO-012HiN Aufnahmeantrag am PC auszufüllen

nach ICD 10:

2. BISHERIGE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN WEGEN ALKOHOLISMUS ODER ANDERER SUCHTERKRANKUNGEN

3. BISHERIGE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN WEGEN SONSTIGER ERKRANKUNGEN

4. SONSTIGE WESENTLICHE DATEN ZUR VORGESCHICHTE
(Dauer der Abhängigkeit, Organerkrankungen)

5. 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)

6. AKTUELLE MEDIKATION

7. IST DER PATIENT FREI VON ANSTECKENDEN ERKRANKUNGEN?

JA

NEIN

(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.

Erstellt von	Dokument	Freigabe	Version	Datum	Seiten
LB	DO-012HiN Aufnahmeantrag am PC auszufüllen	JH	1	03.05.2022	3 von 4

(Zutreffendes bitte unterstreichen.)

- Ich übergebe bei der Aufnahme in das Haus im Niederfeld dem Gruppenbetreuer die mir vorliegenden Quittungen.
- 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 am PC auszufüllen	JH	1	03.05.2022	4 von 4