

## AUFNAHME – ANTRAG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

geb. am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Konfession: rk/ev/sonstiges Familienstand: led./verh./gesch./getr.leb./verw.

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 (wo?): \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

erhält Krankengeld? ja  nein  Höhe: \_\_\_\_\_

Rententräger: \_\_\_\_\_ Rentenzeichen: \_\_\_\_\_

erhält Rente? ja  nein  Art: \_\_\_\_\_ Höhe: \_\_\_\_\_ Euro

zuständiges Arbeitsamt: \_\_\_\_\_

erhält ALG 1, ALG 2? ja  nein  Höhe: \_\_\_\_\_

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

Barvermögen? ja  nein  Höhe: \_\_\_\_\_ Euro

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	1 von 8

**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:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	2 von 8

**2. BISHERIGE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN WEGEN ALKOHOLISMUS  
ODER ANDERER SUCHTERKRANKUNGEN**

**3. BISHERIGE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN WEGEN SONSTIGER  
ERKRANKUNGEN**

<b>Bearbeiter</b>	<b>Prüfung (Ltg./QB)</b>	<b>Version</b>	<b>Datum</b>	<b>Seite</b>
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	3 von 8

**4. SONSTIGE WESENTLICHE DATEN ZUR VORGESCHICHTE**

(Dauer der Abhängigkeit, Organerkrankungen)

**5. BEFUNDE**

a. **internistisch** (Körperliche, Labor-, EKG-, **Röntgenbefunde** 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

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	4 von 8

## SOZIALBERICHT

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Verfassers

\_\_\_\_\_  
Einrichtung: Klinik, Gesundheitsamt o.ä., Anschrift

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	5 von 8

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

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	6 von 8

## Erklärung zur Schweigepflicht

Name:

1. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte und Therapeuten insoweit von der Schweigepflicht, als dies zur Erfüllung der Aufgaben durch die Angestellten des Haus im Niederfeld erforderlich ist. Ich willige ebenfalls ein, dass dem Haus im Niederfeld mich betreffende Bescheide, Berichte oder Gutachten zur Kenntnis überlassen werden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

2. Ich entbinde die Angestellten des Haus im Niederfeld von ihrer Schweigepflicht, soweit dies zur Erfüllung von Aufgaben der Pflegekasse, des Kostenträgers, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der behandelnden Ärzte und Therapeuten sowie des Betreuers – auch nach meinem Ausscheiden aus dem Haus im Niederfeld – erforderlich ist. Bescheide, Berichte, Gutachten dürfen diesen Stellen in Abdruck überlassen werden.

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

3. Über den Aufenthalt im Haus im Niederfeld darf (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- persönlich Auskunft erteilt werden  ja  nein
- telefonische Auskunft erteilt werden  ja  nein

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	7 von 8

## 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

Bearbeiter	Prüfung (Ltg./QB)	Version	Datum	Seite
Paetzold	Schöfer/Rheinländer	HIN-DO-012/001	11.09.2007	8 von 8