

**Antrag auf Heimaufnahme**  
in das Seniorenheim *Friesischer Wohnpark* der Stiftung Uhlebüll

- auf unbestimmte Zeit
- Kurzzeitpflege im Anschluss an stationäre Behandlung
- Kurzzeitpflege bei häuslicher Krisensituation
- Ersatzpflege bei Verhinderung der Pflegeperson

vom ..... bis .....

**1. Persönliche Angaben:**

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	
Geburtsname:	Geburtsort:	Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Straße:	Postleitzahl:	Wohnort:	
Telefon:	Konfession:	Beruf:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls vom gemeldeten Wohnsitz abweichend):			
			Telefon:
Straße:	Postleitzahl:	Ort:	

**2. Kranken- / Pflegekasse**

Name und Anschrift der Kasse/n:	Mitgliedsnummer:
<b>Pflegegrad:</b>	
<b>Patientenverfügung:</b> <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> besteht nicht	
<b>Bereits in Anspruch genommene Kurzzeitpflege:</b>	

**3. Hausarzt**

Name:	Telefon:	
Straße	Postleitzahl:	Ort:

**4. Facharzt**

Name:	Telefon:	
Straße	Postleitzahl:	Ort:
Name:	Telefon:	
Straße	Postleitzahl:	Ort:

## 5. Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
eMail:			
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
Verwandtschaftsverhältnis:	Name:	Vorname:	Telefon:
Straße:		Postleitzahl:	Ort:
Rechtl. Betreuer o. erstgenannte/n <input type="checkbox"/> akuter Erkrankung <input type="checkbox"/> ..... Angehörige/n <b>informieren</b> bei: <input type="checkbox"/> KH-Einweisung <input type="checkbox"/> Sterbeprozess/Ableben <input type="checkbox"/> <b>auch Nachts</b>			

## 6. Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht

<input type="checkbox"/> <b>besteht</b>		<input type="checkbox"/> <b>besteht nicht</b>	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Entgegennahme der Post*	
Vormundschaftsgericht:	Aktenzeichen:			
Betreuer/Bevollmächtigter:			Telefon:	
Straße:		Postleitzahl:	Ort:	
eMail:				

\*schriftliche Vereinbarung zum Umgang mit der Post erforderlich

## 7. Wirtschaftliche Verhältnisse:

Sind die wirtschaftlichen Verhältnisse offengelegt worden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Art und Höhe der Einkünfte:	
<input type="checkbox"/> Rente (1) : ..... €	<input type="checkbox"/> Pension : ..... €
<input type="checkbox"/> Rente (2) : ..... €	<input type="checkbox"/> Mieterträge : ..... €
<input type="checkbox"/> Rente (3) : ..... €	<input type="checkbox"/> ..... : ..... €
<b>Bankverbindung:</b>	
Kreditinstitut:	IBAN: <b>DE</b> ..... .....
Zahlung des Heimentgeltes durch:	
Rechnungsanschrift:	
<b>Zahlung der Heimkosten:</b> : <input type="checkbox"/> per Überweisung <input type="checkbox"/> per Lastschriftinzug	

Wenn das Einkommen zur Deckung der Heimkosten nicht ausreicht, so stellen Sie bitte beim zuständigen Sozialamt einen entsprechenden Antrag.

Kostenübernahme durch Sozialamt:	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Beihilfeberechtigung:	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Befreiung von den Rezeptgebühren:	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor
Stufe: .....		Grad der Behinderung: ..... %

Private Haftpflichtversicherung:	<input type="checkbox"/> besteht	<input type="checkbox"/> besteht nicht
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------

### 8. Angaben zur Unterbringung

<b>Zimmer:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Zimmer mit Komfortzuschlag																
	<input type="checkbox"/> Zimmer mit Verbindung zum Nachbarzimmer (Paarwohnen)																	
<b>Aufnahmetermi</b> n:	<input type="checkbox"/> sofort bei Freiwerden eines Zimmers																	
	<input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung	<input type="checkbox"/> nicht vor dem .....																
<b>Bargeld:</b>	<p><b>Für Wertgegenstände und Bargeld übernimmt der Friesische Wohnpark keine Haftung. Wir empfehlen Ihnen daher, Wertsachen zur sicheren Aufbewahrung im Sekretariat abzugeben.</b></p> <p><b>Wir bieten die kostenlose Verwahrung und Verwaltung von Geldbeträgen an. Die gewünschte Verwahrung und Verwaltung von Geldbeträgen ist gesondert schriftlich zu vereinbaren.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Die Verwaltung von Bargeld wird gewünscht.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Verwaltung von Bargeld wird <u>nicht</u> gewünscht.</p>																	
<b>Telefon:</b>	<input type="checkbox"/> Telefonanschluß wird nicht gewünscht																	
	<input type="checkbox"/> eigener Telefonapparat	<input type="checkbox"/> bitte auf meine Rechnung Telefonapparat stellen																
<b>Weitere Zusatzleistungen:</b>	1. .... 2. .... 3. ....																	
<b>Benötigte Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> es werden keine Hilfsmittel benötigt. <input type="checkbox"/> es werden folgende Hilfsmittel benötigt: 1. .... 2. .... 3. ....																	
<b>Ernährung:</b>	<input type="checkbox"/> es ist keine besondere Ernährung erforderlich. <input type="checkbox"/> es ist eine besondere Ernährung erforderlich: 1. .... 2. .... 3. ....																	
<input type="checkbox"/> keine Allergie	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Allergie gegen:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Getreideprodukte (Gluten)</td> <td><input type="checkbox"/> Sesamsamen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nüsse</td> <td><input type="checkbox"/> Erdnüsse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Weichtiere</td> <td><input type="checkbox"/> Fisch</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krebstiere</td> <td><input type="checkbox"/> Soja</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Milch und Lactose</td> <td><input type="checkbox"/> Eier</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lupinen</td> <td><input type="checkbox"/> Schwefeldioxide u. Sulfite</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Senf</td> <td><input type="checkbox"/> Sellerie</td> </tr> </table>		Allergie gegen:		<input type="checkbox"/> Getreideprodukte (Gluten)	<input type="checkbox"/> Sesamsamen	<input type="checkbox"/> Nüsse	<input type="checkbox"/> Erdnüsse	<input type="checkbox"/> Weichtiere	<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Krebstiere	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Milch und Lactose	<input type="checkbox"/> Eier	<input type="checkbox"/> Lupinen	<input type="checkbox"/> Schwefeldioxide u. Sulfite	<input type="checkbox"/> Senf	<input type="checkbox"/> Sellerie
Allergie gegen:																		
<input type="checkbox"/> Getreideprodukte (Gluten)	<input type="checkbox"/> Sesamsamen																	
<input type="checkbox"/> Nüsse	<input type="checkbox"/> Erdnüsse																	
<input type="checkbox"/> Weichtiere	<input type="checkbox"/> Fisch																	
<input type="checkbox"/> Krebstiere	<input type="checkbox"/> Soja																	
<input type="checkbox"/> Milch und Lactose	<input type="checkbox"/> Eier																	
<input type="checkbox"/> Lupinen	<input type="checkbox"/> Schwefeldioxide u. Sulfite																	
<input type="checkbox"/> Senf	<input type="checkbox"/> Sellerie																	

## 9. Beschaffung und Entsorgung von Arzneimitteln

Zur Sicherstellung der ordnungsgemäßen Versorgung der Bewohner mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten hat der *Friesische Wohnpark* einen Versorgungsvertrag gemäß § 12a Apothekengesetz mit einer Apotheke abgeschlossen. Neben der Lieferung der Medikamente im Rahmen eines abgestimmtes Kontrollverfahren, welches ein hohes Maß an Liefersicherheit gewährleistet, werden seitens der Apotheke Arzneimittelwechselwirkungen überwacht, die Arzneimittellagerung überwacht und das Personal geschult.

(Im Notfall erfolgt die Lieferung durch den Apotheken-Notdienst)

Durch diesen Vertrag ist die/der einzelne Bewohner/in nicht gebunden und kann jederzeit eine andere Apotheke mit der Lieferung beauftragen oder sich selbst um die Lieferung kümmern. Unsere Anforderungen an die Medikamentenversorgung bleiben allerdings gleich: jederzeitige Erreichbarkeit und unverzügliche Lieferung der benötigten Arzneimittel sowie die Kontrolle der gelieferten Arzneimittel.

Ich werde meine Arzneimittel selbst beschaffen bzw. entsorgen.

Ich beauftrage die Einrichtung, meine Arzneimittel zu beschaffen bzw. zu entsorgen.  
A Vertragsapotheke der Einrichtung  
A Apotheke meiner Wahl:  
.....

**Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, werden in jedem Fall durch das Heim über Apotheke oder Arzt mit entsprechendem Nachweis entsorgt.**

## 10. Besprechung / Unterzeichnung weiterer Dokumente im Aufnahmegespräch:

<b>Vorvertragliche Information gem § 3 WBVG:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	<input type="checkbox"/> unterschrieben
	<input type="checkbox"/> wird unterschrieben vorgelegt am: .....	
<b>Ausschluss der Anpassungsverpflichtung gem. § 8 Abs. 4 WBVG:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	<input type="checkbox"/> unterschrieben
	<input type="checkbox"/> wird unterschrieben vorgelegt am: .....	
<b>Vereinbarung zur Medikamentenversorgung:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	<input type="checkbox"/> unterschrieben
<b>Leistungsbeschreibung Unterkunft:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	
<b>Zusätzliches Betreuungsangebot:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	
<b>Entbindung von der Schweigepflicht:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	
<b>Datenschutzerklärung:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	
<b>Biografiebogen:</b>	<input type="checkbox"/> besprochen	

**Termin zur Unterzeichnung des Wohn- und Betreuungsvertrages:** .....

Die Anmeldung gilt bis zum Abschluss des Heimvertrages als unverbindlich.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift