



- Dauerstationäre Aufnahme ab: _____
- Doppelzimmer Einzelzimmer
- Beschützender (geschlossener) Bereich (nur mit richterl. Beschluss)
- Tagespflege Betreutes Wohnen
- Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Eingangsvermerk:
Bereich _____ Zi.-Nr.: _____
Tel.-Nr.: _____
Deb.-Nr.: _____
Verteiler Pflege: _____

3. Persönliche Daten des Kunden

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

Geburtsdatum _____ Geburtsname: _____

Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand _____ Anzahl der Kinder _____

Konfession _____ letzte Eheschließung / Standesamt _____

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____%, gültig bis _____ Nein
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

4. Krankenkasse / Pflegekasse

Versichertennummer _____ Status _____ Versicherungskarte gültig bis _____

Name Krankenkasse / Pflegekasse _____ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) _____

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden Ja Nein
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeintragung ist gestellt Ja, am _____ von _____ Nein
(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad _____ besteht ab _____
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach §43b SGB XI vor?
 Ja Nein beantragt

5. Ärztliche Versorgung

Bisheriger Hausarzt

Name, Vorname _____

Adresse Praxis _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarzt nach Aufnahme

Name, Vorname _____

Adresse Praxis _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	IIIa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	5.0	22.02.2017	Seite 1 von 3



6. Besonderheiten / Verfügungen für die beschützenden / geschlossenen Wohnbereiche

WICHTIG: Der Unterbringungsbeschluss MUSS VOR EINZUG vorgelegt werden!

Ein gerichtlich bestellter Unterbringungsbeschluss liegt vor und ist gültig bis: _____

Zuständiges Amtsgericht _____

GNr / AZ Amtsgericht : XVII

7. Kontaktadressen / Angehörige:

Angehöriger Nr. 1

Name , Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehöriger Nr. 2

Name , Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Sonstige Kontaktadresse :

Name , Vorname: _____ Verhältnis zum Bewohner : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Wenn nicht mehr Email: _____

Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Danke.

8. Vertretung des Kunden / Bewohners

Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig. der Bewohner ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen

Vollmacht liegt schriftlich vor (Genau Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name Bevollmächtigter : _____ ggf. Ausstellender Notar : _____

Adresse Bevollmächtigter: _____ Vollmacht ausgestellt am : _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____

besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht : _____

Für Betreuungsbereiche : _____

Aufenthalt Gesundheit Vermögen Vertretung ggü. Behörden etc. Entgegennahme/Öffnen der Post Heimangelegenheiten

Sonstige (bitte benennen): _____ q

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	5.0	22.02.2017	Seite 2 von 3



Name / Adresse Betreuer : _____

GNr / AZ Amtsgericht :

XVII _____

Adresse Betreuer : _____

Telefon: _____ Fax: _____ Mobil: _____ Email: _____

9. Finanzierung des Heimaufenthaltes

KOSTENTRÄGER: Sozialer Kostenträger

Sozialhilfeantrag wurde gestellt bei Behörde _____

wurde gestellt am _____ von _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter SHV : _____

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)

ist noch nicht entschieden wegen _____

wurde abgelehnt wegen _____

Selbstzahler

Rechnungsempfänger ist Bewohner / Betreuer / Bevollmächtigter / Angehöriger Nr. _____

Name, Adresse Rechnungsempfänger, falls abweichend von Vorgaben :

Beihilfe

beihilfeberechtigt zu _____ %

Beihilfestelle: _____

10. Aufnahmeverfahren

Heimaufnahmeantrag und Wohn- und Betreuungsvertrag

Der Heimaufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen.

Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Richtigkeit der Angaben und Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartners

AWO/AWOHN/PWS	QMH V	Illa-1.1 Erstkontakt und Aufnahme		FO AF 0002 Aufnahmeantrag	
Erstellt	Geprüft	Freigabe	Version	Datum	Seite
AG Verwaltung	QMB	BGF	5.0	22.02.2017	Seite 3 von 3