

zu senden an:

W&N Lebensräume GmbH  
Sozialer Dienst  
Dr.-Max-Krell-Park 12  
02708 Großschweidnitz



W&N LEBENSRAÜME  
GMBH

## Antrag zur Heimaufnahme

<b>1. Name</b> (bei Frauen auch Geburtsname)	
<b>2. Vorname(n)</b>	
<b>3. Geburtsdaten</b> (Datum, Geburtsort)	
<b>4. Wohnung</b> (Hauptwohnsitz)	
<b>5. Derzeitiger Aufenthalt</b>	
<b>6. Familienstand</b>	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:
<b>7. Konfession</b>	
<b>8. Staatsangehörigkeit</b>	
<b>9. Beruf</b>	erlernter: zuletzt ausgeübt:
<b>10. Angehörige</b> (Vor- und Zuname, Anschrift, Telefon, Verhältnis)	a)
	b)
	c)
<b>11. Betreuer</b> (Name, Anschrift, Kontaktdaten)	
<b>12. Krankenkasse</b> (Name, Anschrift, Versicherten- nummer)	
<b>13. Pflegekasse und -grad</b> (Name, Anschrift)	
<b>14. Diagnose</b>	
<b>15. Ernährungsbesonderheiten</b> (z.B. Diabetes)	
<b>16. behandelnder Hausarzt</b> (Name, Anschrift)	
<b>17. behandelnder Facharzt</b> (Name, Anschrift)	

<b>18. Kostenträger</b>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kommunalen Sozialverband Sachsen <input type="checkbox"/> Sozialamt    Anschrift: <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sonstige    Anschrift:
<b>19. Kostenübernahme</b> (ggf. bitte Bescheid beilegen)	<input type="checkbox"/> Antrag beim Kostenträger gestellt    am: <input type="checkbox"/> genehmigt    ab: <input type="checkbox"/> Antrag noch nicht gestellt
<b>20. Art der Unterbringung</b>	<input type="checkbox"/> Pflegebereich nach SGB XI <input type="checkbox"/> Behindertenbereich nach SGB XII
<b>21. Zimmerwunsch</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<b>22. Termin zur Aufnahme</b>	<b>Nur bei freier Kapazität und geklärter Kostenübernahme!</b> gewünscht ab:
<b>23. Besondere Auflagen</b> (ggf. bitte Beschluss beilegen)	<input type="checkbox"/> Genehmigung zur Unterbringung <input type="checkbox"/> Genehmigung unterbringungsähnlicher Maßnahmen <input type="checkbox"/> Bewährung/Führungsauflage <input type="checkbox"/> Sonstiges
<b>24. Bisherige Aufenthalte:</b>	
<b>25. Gründe für die jetzige Aufnahme:</b>	
<b>26. Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden?</b> (Wenn ja, wo hinterlegt?)	
<b>27. Wir bitten Sie für den Fall des Ablebens Ihre Wünsche in Bezug auf ein Bestattungsinstitut zu benennen.</b>	
<b>28. Freiwillige Angabe: Liegt eine Haftpflichtversicherung vor?</b> (Wenn ja, bitte Kopie der Police abgeben)	
<b>29. Bemerkungen, Hinweise, Ergänzungen:</b>	

Der/die Aufzunehmende und/oder der/die Betreuer/in bestätigt die Richtigkeit der Angaben. Die Daten werden vertraulich im Rahmen der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes behandelt. Der/die Aufzunehmende und/oder der/die Betreuer/in ist einverstanden damit, dass diese Daten zweckgebunden in der Einrichtung erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Aufzunehmende(r)

**Wir bitten Sie als Anlage mit diesem Antrag einzureichen bzw. nachzureichen:**

- **Ärztlicher Fragebogen**
- **Sozialbericht**
- **Betreuerausweis in Kopie**
- **ggf. Pflegestufenbescheid der Krankenkasse**