

ANMELDUNG FÜR DIE AUFNAHME

im Haus Hemelingen

Gewünschter Einzugstermin / Tag der Aufnahme:

1. Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift:

Telefon:

Arbeits- und/oder Beschäftigungsstelle:

1.1 Angehörige / Betreuer / Bezugsperson (soweit vorhanden)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

3. Gesundheitszustand

Ein ärztliches Gesundheitszeugnis über den derzeitigen Gesundheitszustand ist beizufügen (ansteckende Krankheiten sind zu benennen).

3.1 Klinikaufenthalte

Name und Art der Klinik:

von: bis:

3.2 Vorherige Aufenthalte im Heim oder sonstigen Einrichtungen

Name der Wohneinrichtung:

Namen der bisherigen Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

aus welchem Grund ausgeschieden:

3.3 Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Nervenarzt:

sonstige Ärzte:

3.3.1 Hausarzt

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.3.2 Neurologe / Psychiater

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

Epilepsie:

Häufigkeit:

benötigte Medikation:

wird ein Anfallskalender geführt:

selbständig:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheit:

3.4 Internistische Erkrankungen

Diagnosen:

Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2) :

Herzschrittmacher:

Allergien:

ansteckende Krankheiten:

Medikation:

Diät:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.5 Gynäkologische / urologische Erkrankungen

Diagnosen:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

Verhütungsmittel:

3.6 Körperliche Behinderungen und Sinnesbeeinträchtigungen

nähere Beschreibung:

Orthopädische oder medizinische Hilfsmittel / Medikation:

4. Arbeit / Beschäftigung

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers:

5. Einkommen

Art und Umfang:

weitere Einkünfte: (z. B. Rente o. ä.)

6. Selbständigkeit / lebenspraktische Fertigkeiten:

Kurze Anmerkungen:

(z. B. kann alleine kochen, kann öffentliche Verkehrsmittel benutzen, kann mit Geld umgehen etc.)

benötigt Hilfe / Hilfestellung:

(z. B. beim Essen, Anziehen, Hygiene, Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.)

Können Sie uns als Ergänzung Entwicklungsberichte, Gutachten o. Ä. zur Verfügung stellen?

7. Ergänzungen

Dieser Anmeldebogen wird aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich behandelt. Informationen an Dritte werden nicht weitergeleitet.

(Datum)

(Unterschrift)

ANMELDUNG FÜR DIE AUFNAHME

im Haus Hemelingen

Gewünschter Einzugstermin / Tag der Aufnahme:

1. Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift:

Telefon:

Arbeits- und/oder Beschäftigungsstelle:

1.1 Angehörige / Betreuer / Bezugsperson (soweit vorhanden)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

1.2 Vormund / Amtsvormund / Betreuer

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Pflegschaft beinhaltet:

2. Kostenübernahme

Aktenzeichen: LS-Nr.

2.1 Selbstzahler: Ja / nein

2.2 Kostenträger

Name:

Anschrift:

Kostenübernahmeerklärung:

liegt bei:

folgt:

ist beantragt am:

2.3 Versicherungen

Krankenkasse:

Sonstige Versicherungen:

3. Gesundheitszustand

Ein ärztliches Gesundheitszeugnis über den derzeitigen Gesundheitszustand ist beizufügen (ansteckende Krankheiten sind zu benennen).

3.1 Klinikaufenthalte

Name und Art der Klinik:

von: bis:

3.2 Vorherige Aufenthalte im Heim oder sonstigen Einrichtungen

Name der Wohneinrichtung:

Namen der bisherigen Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

aus welchem Grund ausgeschieden:

3.3 Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Nervenarzt:

sonstige Ärzte:

3.3.1 Hausarzt

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.3.2 Neurologe / Psychiater

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

Epilepsie:

Häufigkeit:

benötigte Medikation:

wird ein Anfallskalender geführt:

selbständig:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheit:

3.4 Internistische Erkrankungen

Diagnosen:

Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2) :

Herzschrittmacher:

Allergien:

ansteckende Krankheiten:

Medikation:

Diät:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.5 Gynäkologische / urologische Erkrankungen

Diagnosen:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

Verhütungsmittel:

3.6 Körperliche Behinderungen und Sinnesbeeinträchtigungen

nähere Beschreibung:

Orthopädische oder medizinische Hilfsmittel / Medikation:

4. Arbeit / Beschäftigung

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers:

5. Einkommen

Art und Umfang:

weitere Einkünfte: (z. B. Rente o. ä.)

6. Selbständigkeit / lebenspraktische Fertigkeiten:

Kurze Anmerkungen:

(z. B. kann alleine kochen, kann öffentliche Verkehrsmittel benutzen, kann mit Geld umgehen etc.)

benötigt Hilfe / Hilfestellung:

(z. B. beim Essen, Anziehen, Hygiene, Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.)

Können Sie uns als Ergänzung Entwicklungsberichte, Gutachten o. Ä. zur Verfügung stellen?

7. Ergänzungen

Dieser Anmeldebogen wird aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich behandelt. Informationen an Dritte werden nicht weitergeleitet.

(Datum)

(Unterschrift)

ANMELDUNG FÜR DIE AUFNAHME

im Haus Hemelingen

Gewünschter Einzugstermin / Tag der Aufnahme:

1. Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift:

Telefon:

Arbeits- und/oder Beschäftigungsstelle:

1.1 Angehörige / Betreuer / Bezugsperson (soweit vorhanden)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

3. Gesundheitszustand

Ein ärztliches Gesundheitszeugnis über den derzeitigen Gesundheitszustand ist beizufügen (ansteckende Krankheiten sind zu benennen).

3.1 Klinikaufenthalte

Name und Art der Klinik:

von: bis:

3.2 Vorherige Aufenthalte im Heim oder sonstigen Einrichtungen

Name der Wohneinrichtung:

Namen der bisherigen Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

aus welchem Grund ausgeschieden:

3.3 Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Nervenarzt:

sonstige Ärzte:

3.3.1 Hausarzt

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.3.2 Neurologe / Psychiater

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

Epilepsie:

Häufigkeit:

benötigte Medikation:

wird ein Anfallskalender geführt:

selbständig:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheit:

3.4 Internistische Erkrankungen

Diagnosen:

Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2) :

Herzschrittmacher:

Allergien:

ansteckende Krankheiten:

Medikation:

Diät:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.5 Gynäkologische / urologische Erkrankungen

Diagnosen:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

Verhütungsmittel:

3.6 Körperliche Behinderungen und Sinnesbeeinträchtigungen

nähere Beschreibung:

Orthopädische oder medizinische Hilfsmittel / Medikation:

4. Arbeit / Beschäftigung

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers:

5. Einkommen

Art und Umfang:

weitere Einkünfte: (z. B. Rente o. ä.)

6. Selbständigkeit / lebenspraktische Fertigkeiten:

Kurze Anmerkungen:

(z. B. kann alleine kochen, kann öffentliche Verkehrsmittel benutzen, kann mit Geld umgehen etc.)

benötigt Hilfe / Hilfestellung:

(z. B. beim Essen, Anziehen, Hygiene, Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.)

Können Sie uns als Ergänzung Entwicklungsberichte, Gutachten o. Ä. zur Verfügung stellen?

7. Ergänzungen

Dieser Anmeldebogen wird aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich behandelt. Informationen an Dritte werden nicht weitergeleitet.

(Datum)

(Unterschrift)

ANMELDUNG FÜR DIE AUFNAHME

im Haus Hemelingen

Gewünschter Einzugstermin / Tag der Aufnahme:

1. Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift:

Telefon:

Arbeits- und/oder Beschäftigungsstelle:

1.1 Angehörige / Betreuer / Bezugsperson (soweit vorhanden)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

3. Gesundheitszustand

Ein ärztliches Gesundheitszeugnis über den derzeitigen Gesundheitszustand ist beizufügen (ansteckende Krankheiten sind zu benennen).

3.1 Klinikaufenthalte

Name und Art der Klinik:

von: bis:

3.2 Vorherige Aufenthalte im Heim oder sonstigen Einrichtungen

Name der Wohneinrichtung:

Namen der bisherigen Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

aus welchem Grund ausgeschieden:

3.3 Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Nervenarzt:

sonstige Ärzte:

3.3.1 Hausarzt

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.3.2 Neurologe / Psychiater

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

Epilepsie:

Häufigkeit:

benötigte Medikation:

wird ein Anfallskalender geführt:

selbständig:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheit:

3.4 Internistische Erkrankungen

Diagnosen:

Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2) :

Herzschrittmacher:

Allergien:

ansteckende Krankheiten:

Medikation:

Diät:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.5 Gynäkologische / urologische Erkrankungen

Diagnosen:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

Verhütungsmittel:

3.6 Körperliche Behinderungen und Sinnesbeeinträchtigungen

nähere Beschreibung:

Orthopädische oder medizinische Hilfsmittel / Medikation:

4. Arbeit / Beschäftigung

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers:

5. Einkommen

Art und Umfang:

weitere Einkünfte: (z. B. Rente o. ä.)

6. Selbständigkeit / lebenspraktische Fertigkeiten:

Kurze Anmerkungen:

(z. B. kann alleine kochen, kann öffentliche Verkehrsmittel benutzen, kann mit Geld umgehen etc.)

benötigt Hilfe / Hilfestellung:

(z. B. beim Essen, Anziehen, Hygiene, Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.)

Können Sie uns als Ergänzung Entwicklungsberichte, Gutachten o. Ä. zur Verfügung stellen?

7. Ergänzungen

Dieser Anmeldebogen wird aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich behandelt. Informationen an Dritte werden nicht weitergeleitet.

(Datum)

(Unterschrift)

ANMELDUNG FÜR DIE AUFNAHME

im Haus Hemelingen

Gewünschter Einzugstermin / Tag der Aufnahme:

1. Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift:

Telefon:

Arbeits- und/oder Beschäftigungsstelle:

1.1 Angehörige / Betreuer / Bezugsperson (soweit vorhanden)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Verwandschaftsgrad:

3. Gesundheitszustand

Ein ärztliches Gesundheitszeugnis über den derzeitigen Gesundheitszustand ist beizufügen (ansteckende Krankheiten sind zu benennen).

3.1 Klinikaufenthalte

Name und Art der Klinik:

von: bis:

3.2 Vorherige Aufenthalte im Heim oder sonstigen Einrichtungen

Name der Wohneinrichtung:

Namen der bisherigen Arbeits- und Beschäftigungsangebote:

aus welchem Grund ausgeschieden:

3.3 Behandelnde Ärzte

Hausarzt:

Nervenarzt:

sonstige Ärzte:

3.3.1 Hausarzt

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.3.2 Neurologe / Psychiater

bisheriger Krankheitsverlauf:

Medikation:

Epilepsie:

Häufigkeit:

benötigte Medikation:

wird ein Anfallskalender geführt:

selbständig:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheit:

3.4 Internistische Erkrankungen

Diagnosen:

Diabetes mellitus (Typ 1, Typ 2) :

Herzschrittmacher:

Allergien:

ansteckende Krankheiten:

Medikation:

Diät:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

3.5 Gynäkologische / urologische Erkrankungen

Diagnosen:

Medikation:

z. Zt. im Vordergrund stehende Symptomatik / Krankheiten:

Verhütungsmittel:

3.6 Körperliche Behinderungen und Sinnesbeeinträchtigungen

nähere Beschreibung:

Orthopädische oder medizinische Hilfsmittel / Medikation:

4. Arbeit / Beschäftigung

Anschrift des derzeitigen Arbeitgebers:

5. Einkommen

Art und Umfang:

weitere Einkünfte: (z. B. Rente o. ä.)

6. Selbständigkeit / lebenspraktische Fertigkeiten:

Kurze Anmerkungen:

(z. B. kann alleine kochen, kann öffentliche Verkehrsmittel benutzen, kann mit Geld umgehen etc.)

benötigt Hilfe / Hilfestellung:

(z. B. beim Essen, Anziehen, Hygiene, Einkaufen, Haushalt, Freizeit etc.)

Können Sie uns als Ergänzung Entwicklungsberichte, Gutachten o. Ä. zur Verfügung stellen?

7. Ergänzungen

Dieser Anmeldebogen wird aus datenschutzrechtlichen Gründen streng vertraulich behandelt. Informationen an Dritte werden nicht weitergeleitet.

(Datum)

(Unterschrift)

