

Wohnheim Kitzinger Str. 8
 Wohnheim Joseph-Will Str. 17
 Wohnheim Dompfaffstr. 100
 Außenwohngruppen
 Seniorentagesstätten
 91056 Erlangen
 Kitzinger Str. 8
 Telefon 09131/90 64-21

Antrag zur Wohnstättenaufnahme

Folgende Person:	
möchte ab:	
In Wohnstätte:	<input type="checkbox"/> Wohnheim Kitzinger Str. <input type="checkbox"/> Außenwohngruppen. <input type="checkbox"/> Wohnheim Joseph- Will-Str. <input type="checkbox"/> Wohnheim Dompfaffstr. aufgenommen werden.

Personalien:	
Vorname:	
Nachname:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Konfession:	
Telefonnummer:	

Betreuung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Anschrift:	
Telefonnummer:	
Aufgabenkreise:	

Kontaktperson (Eltern/Angehörige):	
Vorname:	
Nachname:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Tagesbetreuung:	
WfbM:	
Förderstätte:	
Tene (Seniorentagesstätte):	
Verwaltung / Organisation:	
Krankenkasse:	
Versicherungsnummer der Krankenkasse:	Befreiung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausarzt	
Facharzt	
Zahnarzt	
Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Grad in %:
Fahrscheine/ Beförderung	<input type="checkbox"/> Taxischeine <input type="checkbox"/> Wertmarke
Überweisung Lohn:	<input type="checkbox"/> Taschengeldkonto <input type="checkbox"/> Eigenes Konto
GEZ: (Rundfunkgebühren)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Kundennummer:

Fragen zur Person (Pflege/Förderung):					
Anfallserkrankung:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Art:				
Pflegebedürftigkeit:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Grundpflege oder Intensivpflege:				
Mobilität eingeschränkt:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Hilfsmittel:				
Medikation:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Welche:				
Pflegestufe:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Welche:				
Räumlich orientiert:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Zeitlich orientiert:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Begleitung erforderlich:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Verkehrssicherheit:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Weglauff Tendenzen:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
Kann alleine im Haus/Gruppe bleiben:	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Wenn ja, wie lange?				
Selbst- oder fremdgefährdende Verhaltensweisen	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Wenn ja, welche?				

Anamnese:	
Diagnosen:	
Entwicklung (besondere Auffälligkeiten, besondere Vorkommnisse, Krisen und Krankheiten):	
Schulbildung:	
Beruflicher Werdegang:	
Sonstiges:	

Kostenträger:

Nur von der Lebenshilfe Erlangen auszufüllen

Bearbeitungsvermerke:					
Das Gespräch wurde am					
Kostenübernahmeantrag wurde gestellt:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Wenn ja, wann und durch wen?				
Weitere Termine vereinbart:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; text-align: center;">ja</td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein		
	Wenn ja, Zeit und Ort?				

Erstellt:	Erfasst:
Ort, Datum	Ort, Datum
Unterschrift	Unterschrift