

Es informiert Sie

Heimaufnahmeabteilung APH Frau Sulanc

Zimmer : 6

Telefon (0202) /Fax (0202)

27558-516 / 27558-525

Sprechzeiten

Mo. bis Do.

8.00 bis 16.00 Uhr

Fr.

8.00 bis 14.00 Uhr

E-Mail:

aph.heimaufnahme@aph.wuppertal.de

Zeichen und Datum Ihres Schreibens:

Zeichen und Datum meines Schreibens:

Aufnahme

Sehr geehrte Frau
Sehr geehrter Herr

anbei erhalten Sie die Antragsformulare für eine Heimaufnahme. Bitte senden Sie die ausgefüllten Unterlagen mit folgenden Kopien

- Rentenbescheid
- Bescheid der Pflegekasse über den bewilligten Pflegegrad
- Ärztliche Bescheinigung, ausgefüllt vom Hausarzt
- evtl. gerichtlicher Betreuungsbeschluss oder Vorsorgevollmacht
- Klärung mit der zuständigen Pflegekasse, ob Anspruch auf Beihilfe besteht

an folgende Anschrift:

Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal
Postfach 13 18 65, 42045 Wuppertal

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, können wir diese in einem persönlichen oder telefonischen Gespräch klären.

Mit freundlichen Grüßen

i.A. Frau Sulanc Heimaufnahmeabteilung APH

Erklärung

Name	Vorname:	Geb.-Datum:
-------------	----------	--------------------

Anschrift:

Ich beantrage Heimaufnahme, weil

- a) ich in meiner Wohnung allein nicht mehr zurechtkomme und auch durch den Einsatz fremder Hilfe meine ausreichende Pflege und Versorgung nicht sicherzustellen ist.

- b) ich mich infolge meines Alters bzw. meiner Behinderung isoliert und einsam fühle und keine Angehörigen und Verwandten habe, die sich um mich kümmern.

- c) meine Wohnung so ungünstig liegt (z. B. steile Hanglage oder zu weit abgelegen), daß ich infolge meines Alters bzw. meiner Behinderung die Wohnung nicht mehr verlassen kann und Bekannte meines Alters mich nicht mehr besuchen können.

- d) sonstige Gründe:

Hiermit entbinde ich meinen Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht und erteile gleichzeitig Vollmacht, der Heimverwaltung und dem Sozialamt Auskunft über die für meine Heimaufnahme notwendigen Fakten zu erteilen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Personelle Angaben für die Aufnahme in die städt. Alten- und Altenpflegeheime

Gewünschtes Haus / Einrichtung: _____

1. Personalien

Name, Vorname		Geburtsname (bei Frauen)	
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Geburtsdatum	Geburtsort	Religion	Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden
Datum			
Bezeichnung der Krankenkasse u. Versicherungsnummer			Pflegegrad

2. Einkommen (mtl.) und Vermögen -Unterlagen, wie Bescheide, Sparbuch usw. bitte vorlegen-

Art der Einkünfte, z. B. Rente, Pension	Renten- bzw. Aktenzeichen	Betrag monatlich	ab wann (Datum)
		€	
		€	
		€	
		€	
Bezeichnung des sonstigen Einkommens			€
Sparguthaben €	Ersparnisse - bar - €	Sonstiges Vermögen (Haus- und Grundbesitz)	
Übertragenes Vermögen, wenn ja, wann und an wen			
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja	

3. Familienangehörige, Verwandte, Betreuer, Bevollmächtigter, Hausarzt

Nächste/r Angehörige, z.B. Ehegatte, Kind : Name, Vorname	Geburtsdatum		Telefon-Nr.
Postleitzahl, Wohnort, Straße, Hausnummer			
Sonstige Angehörige: Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad Anschrift (Postleitzahl, Wohnort, Straße, Haus-Nr.), Telefon-Nr.			
Bevollmächtigter () Betreuer () Name, Anschrift		Betreuung eingeleitet am	Aktenzeichen
Hausarzt:			
ständig behandelnde Fachärzte:			

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben: _____

Datum Unterschrift

Heimaufnahme personelle Angaben

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der zentralen Heimverwaltung der Alten- und Altenpflegeheime der Stadt Wuppertal

Name, Vorname, Geburtsdatum:				
Anschrift:				
Mitglied in Krankenkasse	Ja	Nein	Welche?	
Betreuung	Ja	Nein	angeregt?	Betreuerin / Aktenzeichen:
Vollmacht	Ja	Nein	bevollmächtigte Person:	
Pflegegrad bekannt?	Ja	Nein	Welcher ?	
in meiner Behandlung seit:				
Zur Zeit in stationärer Behandlung? Krankenhaus:				

Diagnosen:				
infektiöse Erkrankung?	Ja	Nein	Welche ?	
psychiatrische Erkrankung, z.B. Sucht, Demenz?	Ja	Nein	Welche ?	
Röntgenuntersuchung der Atmungsorgane innerhalb der letzten sechs Monate hat stattgefunden			_____	Nein
Befund				

Besonderheiten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens:

Ernährung	selbständig?
	Schluckstörungen? PEG?
Körperpflege	selbständig?
	Hautprobleme? Dekubitusgefährdung? Liegt ein Dekubitus oder eine Wunden vor?
Ausscheidung	selbständig? Inkontinenz? Stoma? DK?
An- Auskleiden	selbständig?
Mobilität	Einschränkungen? welche? Steh- gehfähig, rollstuhlmobil ?
vitale Funktionen aufrecht erhalten	Atemprobleme? Tracheostoma? regelmäßige med.- pflegerisch. Maßnahmen erforderlich wie Sauerstoffgaben, Absaugen, Injektionen..... welche?
für eine sichere Umgebung sorgen	Besonderheiten? Fixierung erforderlich? ? genehmigt? Verlässt das Haus und findet nicht zurück? Beschützender Wohnbereich erforderlich?
ruhen, schlafen	Nächtliche Unruhen? Schlafstörungen?
Kommunikation, soziale Bereiche sichern...	Hörschwäche?
	Sehschwäche?
	Sprachprobleme?
	Orientierungsprobleme?
	Kommunikationsprobleme?
	Andere psychische Probleme (z.B. Abwehrhaltung, herausforderndes Verhalten, Ängste, Unruhen...)

Datum, Ort

Stempel, Unterschrift, Arzt/Ärztin