

Von der Einrichtung auszufüllen:

Original unmittelbar bei Aufnahme an Klientenverwaltung geben.

Aufnahme am:	
Haus/Gruppe/Bereich:	
Zimmernr.:	Standortnr.:

Vom Interessenten auszufüllen:

<input type="checkbox"/> Wohnen für Menschen mit einer geistigen Behinderung <input type="checkbox"/> Marxheim <input type="checkbox"/> Donauwörth <input type="checkbox"/> Rain <input type="checkbox"/> Augsburg	
<input type="checkbox"/> Wohnen für Menschen mit psychischer Behinderung <input type="checkbox"/> Marxheim <input type="checkbox"/> Donauwörth <input type="checkbox"/> Straß <input type="checkbox"/> Neuburg <input type="checkbox"/> Augsburg	
<input type="checkbox"/> Wohnen für Menschen mit erworbener Hirnschädigung <input type="checkbox"/> Donauwörth	
<input type="checkbox"/> Werkstätten <input type="checkbox"/> Marxheim <input type="checkbox"/> Donauwörth geplante Aufnahme am:	
<input type="checkbox"/> Förderstätte Marxheim geplante Aufnahme am:	
Name:	Vorname:
geb.:	Geb. Ort:
letzter Wohnort:	Beruf:
Tel:	Email:
derzeitiger Aufenthalt:	
Staatsangeh.:	Religion:
	Familienstand:
Behinderung / Hauptdiagnose (ICF/ICD):	
Ursachen der Behinderung:	
Behinderung besteht seit:	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wertmarke zur kostenlosen Benutzung öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontaktperson: (Name / Anschrift / Telefon, E-Mail)	
Gesetzlicher Vertreter: (Name / Anschrift / Telefon, E-Mail)	<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> Vollmachtinhaber
Aufgabenkreise:	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden <input type="checkbox"/> Vollmacht Post, Fernmeldeverkehr <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Arbeitsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Heim- und Pflegevertrag <input type="checkbox"/> sonstiger Wirkungskreis:
Hausarzt:	
derzeitig behandelnder Arzt:	
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Pflegegrad:
Allergien:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche:
Inkontinenz:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche:

Geschlossene Unterbringung notwendig	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Unterbringungsbeschluss vom		Dauer:
Zuständiges Amtsgericht:	AZ:		
Kostenträger:			
Rentenbezug:	<input type="checkbox"/> Eu-Rente	<input type="checkbox"/> Altersruhegeld	<input type="checkbox"/> sonstige Rente
Rentenversicherungsträger:	<input type="checkbox"/> DRV Schwaben <input type="checkbox"/> DRV Bund	<input type="checkbox"/> DRV Oberbayern <input type="checkbox"/> sonstige	
Sozialversicherungsnummer:			
Steueridentnummer:			
Krankenversicherung:		KV-Nr.	
<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert <input type="checkbox"/> familienversichert mit			
Name des Versicherten:		geb.:	
Zuzahlungsbefreiung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:			
Pflegeversicherung:	Haben oder hatten Sie ein eigenes Kind <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Falls ja bitte Abstammungsurkunde eines Kindes vorlegen.)		
Bankverbindung:	Bank:	BIC.:	
		IBAN:	
Kostenübernahme Wohnheim beantragt am / bei:			
Kostenübernahme Werkstatt beantragt am / bei:			
Kostenübernahme Berufsbildungsbereich beantragt am / bei:			
Kostenübernahme Förderstätte beantragt am / bei:			
Rehabilitationsantrag gestellt am / bei:			
Bei Langzeitaufnahmen:			
Bestattungsort:			
Grabstätte vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Im Notfall/Todesfall zu verständigen (Name, Adresse, Telefonnummer)			

Abrechnungstechnische Daten:	<input type="checkbox"/> Wohngeld	<input type="checkbox"/> Grundsicherung	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Pflegegeld	
	<input type="checkbox"/> Kindergeld		
Weitere Erkrankungen:	Art d. Erkr.:	Ursache:	Erkr. Seit:
Wichtige/lebensnotwendige Informationen zur Betreuung:	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankungen: <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten: <input type="checkbox"/> Unterstützte Kommunikation:		

	<input type="checkbox"/> sonstige:	
Risikofaktoren:	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz: <input type="checkbox"/> Fremdgefährdung: <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung: <input type="checkbox"/> sonstige:	
Medikation	Bitte das Formblatt „Verordnungsblatt“ ausfüllen, unterschreiben, beilegen Für WfbM: Medikamentengabe während der Arbeitszeit: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Impfungen	<input type="checkbox"/> FSME, Impfdatum: <small>(bei Arbeitswunsch im Grünbereich, bei nicht Impfung bitte „Bescheinigung“ vom Arzt unterschreiben lassen)</small> <input type="checkbox"/> Tetanus, Impfdatum: <input type="checkbox"/> sonstige, Impfdatum:	
Fachärzte	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anschrift:
Sonstige wichtige Kontaktperson: (Name / Anschrift / Telefon, E-Mail)		
Lebenslauf (Kurze Angaben Kiga/Schule/Beruf)		
Besondere Kenntnisse und Fähigkeiten	<input type="checkbox"/> Führerschein, Klasse: <input type="checkbox"/> Staplerschein <input type="checkbox"/> sonstige	
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> kurze Strecken <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Gehilfen <input type="checkbox"/> kurze Strecken <input type="checkbox"/> dauerhaft <input type="checkbox"/> Sonstige <small>(z.B. Hörgerät, Brille, Stehbrett, Unterstütze Kommunikation, etc.)</small>	
Teilnahme des Eingangsverfahrens im Berufsbildungsbereich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, ab wann: Wenn nein, warum:
Sonstiges:		

Ort, Datum

Unterschrift / Name Ersteller

Wird von der Einrichtung ausgefüllt:

bearbeitet, geprüft,
Daten erfasst:

_____ Datum, Unterschrift

Datenerfassung:

_____ Datum, Unterschrift

Abteilung/Kostenstelle:

Ablage: Akte der Klientenverwaltung, des Wohnbereichs und der WfbM

Name, Vorname:

geb.:

Blatt Nr.:

Gruppe:

Datum	Verord. Arzt	Medikament	Dosierung				Bemerkungen	Hdz. Arzt	Hdz. MA	Absetz-Datum	Absetz-Arzt	Hdz. Arzt	Hdz. MA
			F	M	A	N							

Änderungen bitte unverzüglich mitteilen!

Bedarfsmedikation:

Datum	Verord. Arzt	Bedarfsmedikament	Dosierung				Bemerkungen (Höchstdosis)	Hdz. Arzt	Hdz. MA	Absetz-Datum	Absetz-Arzt	Hdz. Arzt	Hdz. MA
			F	M	A	N							

Änderungen bitte unverzüglich mitteilen!

Bescheinigung:
Befreiung von der FSME-Impfung

Hiermit bestätige ich, dass Frau / Herr (Klient/Patient)

Name, Vorname geb.

Anschrift

zur Beratung über die FSME-Impfung in meiner Praxis war. Der Patient wurde über alle Vorteile, sowie Nebenwirkungen und Risiken aufgeklärt. Dennoch hat er sich bewusst gegen eine Impfung ausgesprochen.

Unsere Unternehmensrichtlinie zum Datenschutz können Sie im Internet unter <https://www.sanktjohannes.com/datenschutzrichtlinien.html> einsehen oder telefonisch unter 09097-809-0 anfordern.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt