

Das Dokument 210.02.01 Ersterfassungsbogen ist die Grundlage für diesen Aufnahme- und Hospitationsbogen.

### 1. Angaben zum Interessenten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

### 2. Ansprechperson aktuelle Maßnahme (Schule bzw. bisherige Einrichtung)

Einrichtung \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechperson \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### 3. Aktuelle Wohnform

Eigenständig     Bei/mit Angehörigen     besondere Wohnform: \_\_\_\_\_  
 Assistenz beim Wohnen

### 4. Angaben zum Leistungsträger (Nur bei einer Aufnahmeanfrage auszufüllen.)

Kommune \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Ansprechperson \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Kostenanerkennung  
vorhanden?     ja     nein

### 5. Gesundheitsdaten

Behinderung:  
Diagnosen:     geistige     körperliche     psychische

Anfallsleiden:     ja     nein

Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten:     ja     nein

Sturzgefahr:     ja     nein

Allergien:     ja     nein

Hilfsmittel:     Rollstuhl     Rollator     Brille  
 Hörgerät  
Sonstige: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

### 6. Allgemeiner Unterstützungsbedarf

(Teilstationäre Leistungen: u.a. Toilettengänge, An- und Auskleiden, Ernährung)

(Ambulante Leistungen: u.a. Assistenz im Haushalt, im Sozialraum, bei Arztbesuchen, Behörden, sozialen Kontakten, bei der Mobilität, Krisenbewältigung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Dokument 210.02.01 Ersterfassungsbogen ist die Grundlage für diesen Aufnahme- und Hospitationsbogen.

## 7. Hospitation (Nur auszufüllen, wenn eine Hospitation geplant ist.)

Schuhgröße (Sicherheitsschuhe): \_\_\_\_\_

### Notfallkontakt während der Hospitation

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

### Medikamente während der Hospitation

Werden Medikamente eingenommen, deren Nebenwirkung folgende Tätigkeiten beeinflussen, bzw. von denen wir wissen müssen?

Einschränkung der Maschinentätigkeit  ja  nein

Blutverdünner  ja  nein

Müssen während der Hospitation Medikamente durch das HEIDEWERK vergeben werden?  ja  nein

Wenn ja, dann benötigen wir aus rechtlichen Gründen folgende Einwilligung.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Mitarbeitenden des HEIDEWERK für mich bzw. meinen Betreuten während der Hospitation folgende Tätigkeiten durchführen und dokumentieren:

- Entgegennahme der Medikamente  Stellen der Medikamente  
 Lagerung der Medikamente  Vergabe der Medikamente

**! Wichtig !** Die Medikamente werden nur vergeben, wenn eine ärztliche Verordnung/Rezept vorliegt und die Medikamente in Originalverpackung/Bliester mit Beipackzettel mitgegeben werden.

Bei Notfallmedikamente/Bedarfsmedikamenten hat die ärztliche Verordnung konkrete Anweisungen dazu zu enthalten, bei welchen Symptomen dieses zu vergeben ist.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Interessent

\_\_\_\_\_  
ggf. Datum, Unterschrift rechtliche Betreuung

## 8. Hinweis zur Einwilligung in Datenweitergabe

Wir unterstützen Sie gerne, indem wir uns mit den für Sie zuständigen Ansprechpersonen austauschen. Bitte füllen Sie das anliegende Dokument *720.01.04 Einwilligung in Datenweitergabe* aus und berücksichtigen Ihre Angaben unter Punkt 2,3,4 und 7.

### Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Rahmen der Hospitation bzw. des Aufnahmeverfahrens gespeichert und verarbeitet werden. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an unbefugte Dritte weitergegeben. Weitere Hinweise zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DS-GVO finden Sie unter

[www.heidewerk.com/datenschutz](http://www.heidewerk.com/datenschutz).

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Interessent

\_\_\_\_\_  
ggf. Datum, Unterschrift rechtliche Betreuung

**Einwilligung in Datenweitergabe** (Entbindung von der Schweigepflicht)

**Ich**

Name, Vorname:

geb. am:

**vertreten durch (rechtliche Betreuung / bevollmächtigte Person)**

Name, Vorname:

**entbinde hiermit alle Mitarbeitenden des Heidewerk e.V. von der Schweigepflicht gegenüber**

- Lehrkräften der Berufsbildenden Schulen
- Mitarbeitenden der Wohneinrichtung
- Mitarbeitenden des zuständigen Leistungsträgers
- Behandelnden Ärzte/Therapeuten
- sonstige: \_\_\_\_\_

**und umgekehrt.**

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt nicht für folgende Sachverhalte:

Die Entbindung von der Schweigepflicht dient der Unterstützung der persönlichen, sozialen und beruflichen Eingliederung. Zu diesem Zweck dürfen die dafür erforderlichen besonderen personenbezogenen Daten und Angaben über meine Gesundheit (Art. 9 DSGVO), die meine Person betreffen, erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Die Entbindung von der Schweigepflicht gilt längstens bis: \_\_\_\_\_

Ich kann diese Erklärung jederzeit – auch ohne Angabe von Gründen – mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift leistungsberechtigte Person

\_\_\_\_\_  
ggf. Ort, Datum Unterschrift rechtliche Betreuung / bevollmächtigte Person

Hinweise zur Datenverarbeitung gemäß Art. 13 DS-GVO finden Sie unter [Datenschutz | HEIDEWERK e.V.](#)