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 _____

Kostenanerkenntnis vorhanden? ☐ ja ☐ nein _____

5. Gesundheitsdaten

Krankenkasse: Versichertennummer:
Behinderung: ☐ geistige ☐ körperliche ☐ psychische
Diagnosen:

_____

_____

Anfallsleiden: ☐ ja ☐ nein _____
Selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten: ☐ ja ☐ nein _____
Sturzgefahr: ☐ ja ☐ nein _____
Allergien: ☐ ja ☐ nein _____

_____

Hilfsmittel: ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Brille
(Medizinprodukte) ☐ Hörgerät ☐ Implantat: _____
☐ nicht vorhanden Sonstige: _____

Hausarzt: _____ Adresse: _____

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)

_____

_____

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/Blister 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.

Datum, Unterschrift Interessent ggf. Datum, Unterschrift rechtliche Betreuung