Vor- und Nachname des Antragstellers:

Anschrift:

Telefonnummer:

UNTERKUNFTSANTRAG

Hiermit beantragen wir die Unterkunft für

(Vor- und Nachname)

geboren am in (Datum) (Ort)

Wir bitten um eine Unterkunft in einem

(Einzelzimmer – Doppelzimmer – Dreibettzimmer)

in Ihrem Heim. Die Unterbringung im Heim erfolgt aus den folgenden Gründen:

(die Gründe für die Heimunterbringung angeben)  
Diesem Antrag legen wir folgende Unterlagen bei:

1. Heimatsurkunde (Staatsbürgerschaftsbescheinigung)
2. Geburtsurkunde (Auszug aus dem Geburtsregister)
3. Kopie des Personalausweises und der Gesundheitskarte (EU-Krankenversicherungskarte)
4. Medizinische Unterlagen
5. Rentenauszahlungsauszug (Mitteilung des Renten- und Invalidenversicherungsinstituts)

Bitte kreisen Sie die Ordnungszahl vor jedem Dokument der beigefügten Unterlagen ein.

In Radovac

(Datum) (Unterschrift des Antragstellers)

**DIE FÜR DIE HEIMUNTERBRINGUNG ERFORDERLICHE UNTERLAGEN**

1. GEBURTSURKUNDE (Auszug aus dem Geburtsregister)
2. HEIMATSURKUNDE (Staatsbürgerschaftsbescheinigung)
3. KOPIE DES PERSONALAUSWEISES UND DER GESUNDHEITSKARTE (EU-Krankenversicherungskarte)
4. MEDIZINISCHE UNTERLAGEN
5. RENTENAUSZAHLUNGSAUSZUG (Mitteilung des Renten- und Invalidenversicherungsinstituts)
6. UNTERKUNFTSANTRAG (das Formular wird im Heim übernommen)

ÄRZTLICHES ATTEST

PERSONENBEZOGENE DATEN:

Vor- und Nachname:

Tag, Monat und Jahr der Geburt:

GESUNDHEITSGESCHICHTE:

Frühere Krankheiten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Krankenhausbehandlungen (wo, wann und wie lange):

Therapie, die der Benutzer momentan einnimmt:

Allergien:

Ernährung (Diät, passiert...):

Sprachvermögen (ohne Schwierigkeiten, Aphasie, sonstiges):

Schlafen (Schlaflosigkeit, Schlafwandeln):

Erforderliche Hilfsmittel (Krücken, Gehhilfe, Rollstuhl):

Sucht (Zigarette, Alkohol, ...):

***Bitte fügen Sie Kopien der Entlassungsbriefe und Kopien der Facharztbefunde bei!***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NACH IHRER EINSCHÄTZUNG IST DIE PERSON:**   1. **FREI BEWEGLICH / MOBIL** 2. **TEILWEISE FREI BEWEGLICH / HALBMOBIL** 3. **SELBSTSTÄNDIG UNBEWEGLICH**   **NACH IHRER EINSCHÄTZUNG IST DIE PERSON:** |  | |
| Raum- und zeitorientiert: | JA | NEIN |
| Sie kontrolliert selbstständig die physiologischen Bedürfnisse: | JA | NEIN |
| Unterhält selbstständig die persönliche Hygiene: | JA | NEIN |

**STATUS PRAESENS:**

Konstitution, Körpergröße und Gewicht:

Allgemeinzustand:

Kopf und Hals:

Die Sinne:

Lunge:

Brustkorb:

Herz:

RR:

Puls:

Periphere Zirkulation:

Arteriell:

Venös:

Urogenitalsystem:

Bewegungsapparat:

Wirbelsäule:

Extremitäten:

Neurologischer Status:

Verantwortlich für die Richtigkeit der Daten:

In

(Ort und Datum) (Unterschrift und Faksimile des Arztes)