

Fragebogen zur Begründung der sozialhilferechtlichen Heimnotwendigkeit

Angaben zur bisherigen Lebenssituation

Vor Heimaufnahme befand sich die Antragstellerin/der Antragsteller

Name	Vorname	Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> in der eigenen Wohnung	<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> sonstiger Aufenthalt
<input type="checkbox"/> lebte in Haushaltsgemeinschaft mit	<input type="checkbox"/> Ehepartner/ Partner	<input type="checkbox"/> Sohn/ Tochter
		<input type="checkbox"/> war alleinlebend
		<input type="checkbox"/> sonstige Angehörige

Die Antragstellerin/der Antragsteller erhielt bis zum Aufnahmetag in die Pflegeeinrichtung

<input type="checkbox"/> Pflegeleistungen nach SGB XII		
<input type="checkbox"/> Pflegekassenleistungen	<input type="checkbox"/> entsprechend des Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/> entsprechend des Pflegegrad 3
<input type="checkbox"/> Tagespflege	Anschrift der Einrichtung	

Die Pflege wurde ausgeübt durch

<input type="checkbox"/> Angehörige/sonstige Personen innerhalb des Haushaltes	Name, Beziehung zum Antragsteller/zur Antragstellerin
<input type="checkbox"/> Angehörige/sonstige Personen außerhalb des Haushaltes	Name, Beziehung zum Antragsteller/zur Antragstellerin
<input type="checkbox"/> ambulante Pflegedienste	Name, Anschrift Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Angehörige und ambulante Pflegedienste	

Folgende Unterlagen sind beigefügt

<input type="checkbox"/> Arztbriefe	<input type="checkbox"/> Gutachten (SGB XI/SGB XII) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit ¹⁾	<input type="checkbox"/> Entlassungsbriefe Krankenhaus
-------------------------------------	--	--

Begründung der Heimaufnahme

Eine Versorgung im bisherigen Bereich ist nicht mehr möglich, weil folgende Ereignisse eingetreten sind:

Erkrankungen

<input type="checkbox"/> Art der Erkrankung		
<input type="checkbox"/> dadurch bedingte Ausfälle		
<input type="checkbox"/> letzter Krankenhausaufenthalt	vom	bis
<input type="checkbox"/> in welchem Krankenhaus fand die letzte Behandlung statt	Name des Krankenhauses	
<input type="checkbox"/> die erhebliche Verschlechterung des bisherigen Gesundheitszustandes ist entweder	<input type="checkbox"/> altersbedingt	oder <input type="checkbox"/> aufgrund einer chronisch verlaufenden Erkrankung

Veränderungen im häuslichen Umfeld

Die bisher ausgeübte Pflege ist nicht oder nicht mehr im ausreichenden Umfang gesichert, weil

die Pflegeperson selbst	<input type="checkbox"/> auf Dauer schwer erkrankt ist	
	<input type="checkbox"/> altersbedingt	die Pflege nicht mehr ausüben kann.
die bisherige Pflegeperson aus	<input type="checkbox"/> beruflichen	
	<input type="checkbox"/> sonstigen Gründen	nicht mehr zur Verfügung steht.

Ambulante Hilfen und teilstationäre Maßnahme (Tagespflege) haben gem. § 13 SGB XII Vorrang vor Aufnahme in eine stationäre Einrichtung. In allen Fällen ist daher ausführlich zu begründen, warum Hilfen durch ambulante Pflegedienste oder Tagespflege nicht oder nicht mehr ausreicht.

Ambulante Hilfen und teilstationäre Maßnahmen reichen nicht aus weil, *(ausführliche Begründung erforderlich)*

Besonderheiten bei unmittelbarer Aufnahme aus dem Krankenhaus *(ausführliche Begründung erforderlich)*

Eine Rückkehr in den häuslichen Bereich ist nicht möglich, weil

Hinweis für den Antragsteller

Der Sozialhilfeträger entscheidet über die Heimnotwendigkeit bei Pflegegrad 2 und 3 nach Begutachtung durch die Pflegesachverständigen des Kreises Unna und nach pflichtgemäßem Ermessen.

Lehnt der Sozialhilfeträger die Heimaufnahme ab, geht das damit verbundene finanzielle Risiko, nämlich die Finanzierung der Heimpflegekosten zu Ihren Lasten. Eine Wohnungsauflösung ohne Kostenzusage sollte daher nur nach Rücksprache mit Ihrem zuständigen Sachbearbeiter erfolgen.

Datum und Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Datum und Unterschrift Betreuerin/Betreuer