



Fragebogen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit

Das Vorliegen der Heimnotwendigkeit ist neben den einkommens- und vermögensrechtlichen Voraussetzungen nach § 65 SGB XII durch den Sozialhilfeträger zu prüfen. Das trifft auch zu, wenn noch keine ergänzenden Leistungen des Sozialamtes bei der Finanzierung des Heimplatzes benötigt werden. **Nach den hier geltenden Vorgaben ist in der Regel erst ab Vorliegen des Pflegegrades 3 von einer Heimnotwendigkeit auszugehen. Kann die Heimnotwendigkeit durch den Sozialhilfeträger nicht bestätigt werden, können die Heimpflegekosten nicht aus Sozialhilfemitteln übernommen werden.** Bitte beachten Sie, dass auch bei einer Bestätigung der Heimnotwendigkeit die Bewilligung der Leistungen von weiteren Anspruchsvoraussetzungen, unter anderem von der anschließenden Prüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse, abhängig ist. **Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen zur Prüfung der Heimnotwendigkeit mit den erforderlichen Unterlagen zurück an die oben genannte Anschrift.** Über das Ergebnis der Prüfung werden Sie mit gesondertem Schreiben informiert.

1. Angaben zum Antragsteller bzw. zur Antragstellerin:

Name	Vorname	Geburtsdatum
derzeitige und bisherige Anschrift		

Nimmt ein Betreuer / eine Betreuerin oder ein Bevollmächtigter / eine Bevollmächtigte Ihre Interessen wahr? (falls ja, senden Sie eine Kopie der Vollmacht bzw. der Bestellungsurkunde zu)

	Name	Vorname
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Anschrift Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)		

2. Angaben zur bisherigen Lebenssituation:

Geben Sie Ihre Wohnsituation vor der Heimaufnahme an:

<input type="checkbox"/> allein in einer Wohnung oder einem Haus	<input type="checkbox"/> in einer Einrichtung für Betreutes Wohnen
<input type="checkbox"/> in Haushaltsgemeinschaft mit	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin / Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> sonstigen Angehörigen: <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> sonstiges:	

2.1 Durch wen wurde die Pflege bislang ausgeübt? (Mehrfachnennung möglich)

<input type="checkbox"/> Pflege war bislang nicht notwendig	<input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst
<input type="checkbox"/> Angehörige innerhalb/außerhalb des Haushaltes:	<input type="checkbox"/> Ehepartner/in <input type="checkbox"/> Lebensgefährtin / Lebensgefährte <input type="checkbox"/> Sohn / Tochter <input type="checkbox"/> sonstige Angehörige: <input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> sonstige Personen:	

2.2 Wurde in den letzten Monaten Kurzzeit- / Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

	von ...	bis ...
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung		

2.3 War in den letzten Monaten ein Krankenhausaufenthalt o.ä. erforderlich?

Falls ja, senden Sie bitte Nachweise über den Krankenhausaufenthalt (Entlassbericht, Arztbrief o.ä.) zu.

	von ...	bis ...
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Name und Anschrift des Krankenhauses		

2.4 Welcher Pflegegrad wurde aktuell durch die Pflegekasse festgelegt?

Hinweis: Sollte kein Pflegegrad oder Pflegegrad 1 festgestellt worden sein, besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Sozialhilfeleistungen und/oder Pflegegeld.

<input type="checkbox"/> Einstufung in Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> vorläufige Einstufung	
<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad festgestellt	<input type="checkbox"/> Widerspruch gegen Einstufung eingelegt am:
<input type="checkbox"/> Ein Höherstufungsantrag wurde gestellt am: <input type="checkbox"/> Ein Höherstufungsantrag wird zeitnah gestellt. <input type="checkbox"/> Voraussichtlich wird derzeit kein Höherstufungsantrag gestellt.	

3. Folgende Unterlagen sind beigelegt: (bitte nur Kopien einreichen)

- ausführliches MDK-Gutachten (ist immer beigelegt)
- Einstufungsbescheid der Pflegekasse (ist immer beigelegt)
- Schweigepflichtentbindung (ist immer beigelegt)
- ärztliche Diagnosen, Arztbriefe, Untersuchungsbericht, Medikationsplan o.ä.
- Pflegeüberleitungsbogen aus dem Krankenhaus, Entlassbericht
- aktuelle Pflegedokumentationen der Pflegeeinrichtung
- Schwerbehindertenausweis
- Stellungnahme des bisher in Anspruch genommenen Pflegedienstes
- Vollmacht / Bestellungsurkunde
- sonstiges:

4. Beschreibung der aktuellen häuslichen Situation:

Bitte erläutern Sie, aus welchem Grund eine Versorgung wie bisher ist nicht mehr möglich ist. Gehen Sie bitte auch darauf ein, warum ambulante Hilfen nicht ausreichen.

5. Aufnehmende Pflegeeinrichtung:

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung	
<input type="checkbox"/> Aufnahmetermin:	<input type="checkbox"/> Einrichtung steht noch nicht fest.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht
zur Überprüfung der Notwendigkeit der Heimunterbringung

Name	Vorname	Geburtsdatum
derzeitige Anschrift		

Name, Vorname Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)
Anschrift Bevollmächtigte(r) / Betreuer(in)

Ich willige ein, dass das Gesundheitsamt bzw. das Sozialamt des Rhein-Erft-Kreises alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Auskünfte erhalten dürfen, die für die Überprüfung der Notwendigkeit der Heimunterbringung benötigt werden. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Ebenfalls eingeschlossen sind Pflegedokumentationen der Pflegeeinrichtung(en).

Wenn ich bei dieser Mitteilung nichts Gegenteiliges erkläre, willige ich ein, dass die oben genannten Stellen auch Unterlagen über künftige ärztliche Untersuchungen erhalten dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir beauftragten Ärzte und Einrichtungen den mit der Überprüfung der Heimnotwendigkeit beauftragten Stellen direkt Auskunft erteilen, sofern sich aus den vorgelegten/eingeholten medizinischen Unterlagen Rückfragebedarf ergibt.

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Erklärung erhalten habe. Hinweis: Für die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht ist die Unterschrift des Leistungsberechtigten oder seines Betreuers erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller(in) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)