

.....
Träger

.....,

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Vorwahl, Rufnummer

Durchführung des Heimgesetzes (HeimG)

- **Anzeige zur Änderung der Art des Heimes sowie der Art und Zahl der Heimplätze und/oder**
- **Anzeige zur Verwendung neuer Räume gemäß § 12 Abs. 3 HeimG**

Ich/Wir zeigen hiermit gemäß § 12 Abs. 3 HeimG an, dass ich / wir beabsichtigen,
ab dem den Betrieb unserer Einrichtung

Name

Straße

PLZ Ort

Telefon

Telefax

bezüglich unserer Anzeige vom wie folgt zu verändern:
(bitte zutreffende Veränderungen angeben)

1. Die Art bzw. die Kapazität der Einrichtung soll sich verändern

Die Einrichtung soll betrieben werden als

- Altenwohnheim mit Plätzen
- Altenheim mit Plätzen
- Alten- und Pflegeheim mit Altenheimplätzen
mit vollstationären Pflegeplätzen
mit Kurzzeitpflegeplätzen
- Kurzzeitpflegeheim mit Kurzzeitpflegeplätzen
- Tagespflege mit Tagespflegeplätzen
- Wohnstätte für Menschen mit geistiger Behinderung
mit Plätzen externer Tagesstruktur
mit Plätzen interner Tagesstruktur
mit Wohnpflegeplätzen (SGB XI)
- Wohnpflegeheim für körperbehinderte Menschen
mit Plätzen
- Wohnstätte für chronisch psych. kranke Menschen
mit Plätzen
- Pflegeabteilung für Menschen im Wachkoma
mit Plätzen
- Außenwohngruppe zum m Kernwohnheim / zur Kernwohstätte
.....
mit Plätzen
-

2. Folgende Räume sollen als Bewohnerzimmer genutzt werden:

a)

Zimmernr.	Größe in m ²	Anzahl der Bewohner bzw. Nutzung	Sanitärzelle (mit Dusche, Toilette u. Waschbecken)	Waschbecken u. k/w Wasser

b) Räumlichkeiten, die weiterhin für die Bewohner zur Verfügung stehen:

Bezeichnung des Raumes	Größe in qm	Platzkapazität	Verwendungszweck
Küche			
Speiseraum			
Aufenthaltsbereich			
Therapie-/ Beschäftigungsraum			
Abstellräume für Sachen der Bewohner			
Gästezimmer			
Reserve-/ Ausweichzimmer			

c) An sanitären Anlagen stehen den Bewohnern allgemein zur Verfügung:

Zahl der Bewohner	Bade- wannen	davon von 3 Seiten zugänglich	Duschen	Toiletten	Wasch- ecken	davon in Bädern oder Duschräumen Toil. WB

3. Mit den vorstehenden Veränderungen ergibt sich folgende Personalausstattung

Name, Vorname	Berufsausbildung	eingesetzt als	Beschäfti- gungsanteil in VK

4. Leitung / Vertretungsberechtigte Person des Trägers

Bezüglich der Anzeige für die genannte Einrichtung vomhaben sich hinsichtlich der Leitung und der vertretungsberechtigten Person des Trägers/Betreibers

- keine Veränderungen ergeben
- folgende Veränderungen ergeben:
-
-

5. Der Anzeige sind folgende Unterlagen

	beigefügt	werden nachgereicht	liegt bereits vor
1. detaillierte Pflege- bzw. Betreuungskonzeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Baupläne mit Eintragung der Zimmernummern, der Funktions- und Zuhörräume, inkl. Wohnflächenberechnung (Fertigmaße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beschreibung der vorgesehenen Zimmerausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bei Miet- bzw. Pachtobjekten 1 Exemplar des Miet- bzw. Pachtvertrages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Falls erforderlich baurechtliche Zustimmung zur Nutzungsänderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dienstpläne der Wohnbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <u>Bei Pflegeabteilungen für Menschen im Wachkoma (Phase F):</u>			
Nachweis der Absicherung der fachärztlichen Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Darstellung der einzelnen Dienstabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Weiterbildungsplan für die Mitarbeiter des Bereiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muster-Dienstplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

....., den

.....
Unterschrift des Trägers / Betreibers