

Ich beantrage hiermit unverbindlich die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung der Wichern-Gemeinschaft Reinbek e. V.

Hinweis:

Dieser Aufnahmebogen wird nach 6 Monaten datenschutzkonform vernichtet, wenn es bis zu diesem Zeitpunkt zu keinem Einzug in das Haus Altenfriede gekommen ist!

Haus : _____

Angaben zur Person

| | |
|---|--|
| Nachname _____ | |
| Vorname _____ | ehemaliger Beruf _____ |
| Geburtsname _____ | Religion _____ |
| Geburtsdatum _____ | Nationalität _____ |
| Geburtsort _____ | Familienstand verw. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> |
| Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> | |

Aufnahmedatum: _____

Debitor Nr.: _____
(nur von der Buchhaltung auszufüllen)

| | | |
|--|--|---|
| Pflegewohngeld <input type="checkbox"/> | Sozialhilfeantrag <input type="checkbox"/> | Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Rezeptkostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Wäschepatchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Kategorie: <input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege _____ - _____ | | von _____ bis _____ |
| Monatliches Einkommen mit Nachweis: _____ | | |
| Zimmerbelegung: Wohnbereich: _____ Zimmer Nr.: _____ Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/> | | |
| Impfung SARS -CoV-2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |

| |
|--|
| Pflegegrad: _____ § 45b _____ |
| Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, wann: _____ |
| Eileingradung b. KH-A. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

vorheriger Wohnsitz

| | | |
|--------------|------------------|----------------|
| Straße _____ | PLZ / Ort _____ | Tel.-Nr. _____ |
| Kreis _____ | Bundesland _____ | |

Aufnahme-Grund

| | | |
|---|---|--|
| altersbedingt <input type="checkbox"/> | gerontopsychiatrisch <input type="checkbox"/> | innere Erkrankung <input type="checkbox"/> |
| neurologisch <input type="checkbox"/> | sonstiges <input type="checkbox"/> | |
| Aufenthaltort vor Aufnahme: _____ (Krankenhaus/ von Zuhause) | | |

Angehörige /Betreuer

| | |
|-----------------------------|--|
| Nachname | _____ |
| Vorname | _____ |
| Straße | _____ |
| PLZ/ Ort | _____ |
| Telefon: | _____ Mobil: _____ |
| E-Mail: | _____ |
| Vollmacht/ Betreuerausweis: | <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird beantragt |
| Art der Beziehung: | _____ |

Rechnungsempfänger

| | |
|----------|-------|
| Nachname | _____ |
| Vorname | _____ |
| Straße | _____ |
| PLZ/ Ort | _____ |

Arzt / Hausarzt

| |
|-------|
| _____ |
|-------|

Krankenkasse

| | |
|-------------|----------------------|
| Name | _____ |
| Straße | _____ |
| PLZ/ Ort | _____ |
| Telefon Nr. | _____ Fax Nr.: _____ |
| KV – Nr.: | _____ |

Wer soll im Krankheits-/Todesfall benachrichtigt werden?

Benachrichtigung auch nachts? ja nein

Bestattungsinstitut: _____

Ort, Datum

Arztbericht

(erst bei Zusage eines Zimmers notwendig)

vom Hausarzt auszufüllen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

| | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. Vor- und Zuname: | |
| 2. Geburtsname: | geboren am: |

3. Ist der Patient gehfähig? ja nein mit Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl)

4. Ist Treppensteigen möglich? ja nein

5. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein

6. Ist der Patient ständig bettlägerig? ja nein

7. Besteht Inkontinenz Stuhl? ja nein

8. Besteht Inkontinenz Urin? ja nein

9. Ist er fremder Hilfe bedürftig? beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden Frisieren/Rasieren
 beim Aufstehen aus dem Bett Nutzung der Toilette
 beim Lagern zur Nachtruhe

10. Örtlich orientiert? ja nicht immer nein

11. Zeitlich orientiert? ja nicht immer nein

12. Situativ orientiert? ja nicht immer nein

13. Tag – Nachtumkehr? ja nicht immer nein

14. Besondere Eigenarten? nein ja, welche _____

15. Suchtkrankheit? nein ja, welche _____

16. Körperliche Einschränkungen?:

17. Wunden?:

Lokalisation:

18. Diagnose:

19. Ist Patient frei von Tbc nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes?

Ist Patient frei von anderen ansteckenden Krankheiten nach § 6 des o.g. Gesetzes?

20. Diabetes:

BZ.Wert:

Diät notwendig?

Einstellung:

21. Medikamentenabgabe:

22. Hinweis des Arztes mit Therapievorschlag:

23. Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben:

Datum

Stempel u. Unterschrift des Arztes

Was muss bei der Aufnahme mitgebracht werden?

Eine kurze Checkliste für den schnellen Überblick:

Angehörige / Betreuer

- Aufnahmeantrag
- Checkliste Aufnahme
- Krankenkassenkarte
- Rezeptkostenbefreiung (Abgabe im Sekretariat)
- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Ausweis über Herzschrittmacher bzw. Defibrillator
- Gehalts- oder Rentennachweis
- Selbstzahler
- Bankeinzugsermächtigung
- Grundsicherungsantrag
- Info/ Antrag Pflegekasse
- Pflegestufenbescheide / Gutachten über vorhandenen Pflegegrad
- Generalvollmacht bzw. Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Krankenberichte
- Übernahme Hausarzt / Facharzt oder ggf. Wechsel aufgrund von Entfernung
- Medikamentenplan (entweder durch Krankenhaus oder Hausarzt)
- Vorordnungen, welche vor Einzug schon vorliegen
- vorhandene Medikamente
- Biografie

Für Wertgegenstände, Schmuck und / oder Bargelddbeträge kann / wird keine Haftung durch die Einrichtung getragen.

Um eine adäquate Versorgung zu sichern, benötigen wir des Weiteren von Ihnen:

- Bekleidung in ausreichender Menge und Handbarkeit (Hosen mit Gummizug etc.)
- Pflegeprodukte in wiederkehrender Form wie
 - Duschgel, Shampoo, Spülung, Lotion, Zahncreme, Mundwasser, Reinigungstabletten für Prothesen, Haftcreme, Gesichtscreme, Deo, Parfum, Rasierschaum
 - Föhn, Kamm, Haarbürste, Nagelpflegeset, Zahnbürste, Zahnputzbecher, Rasierer
- Inkontinenzmaterial in ausreichender Menge für Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Hilfsmittel wie Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgeräte
- persönliche Gegenstände, wie z.B. Fernseher / Radio / Bilder etc.

Bitte bedenken Sie auch, dass jeweils zum 1. jeden Quartals alle **Krankenkassenkarten** bei den Hausärzten sowie Fachärzten durch Sie eingelesen werden müssen, um eine Sicherstellung der Medikamente sowie alle notwendigen Verordnungen im Sinne Ihres Angehörigen/ zu Betreuenden zu gewährleisten.

Da die persönliche Wäsche und Bekleidung in unserem Hause gewaschen wird, muss jedes Kleidungsstück an gut sichtbarer Stelle **mit Namen gekennzeichnet** sein. Wir übernehmen die Kennzeichnung der Wäsche (incl. der Namen) gegen eine geringe Pauschale.

Die Bekleidung muss sowohl in der Maschine zu waschen als auch zu trocknen sein. Sollten Sie persönliche Bettwäsche nutzen, muss diese ebenfalls maschinenwaschbar, trocknergeeignet und mangelbar (Reißverschluss) sein.

Für Kleidungs- und Wäschestücke, welche die oben genannten Kriterien nicht erfüllen, wird keine Haftung übernommen.

Die Zimmer bieten die Möglichkeit, einen Fernseher aufzustellen (falls im 2-Bett-Zimmer kein Gerät vorhanden ist).

Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich. Diesen müssen Sie bitte selbst bei der Telefongesellschaft beantragen.

Ganz wichtig:

Die persönliche Gestaltung der Zimmer ist natürlich erwünscht.

Besuche sind im Haus jederzeit möglich.