

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 Casinopark 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	

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 Therapieverschlagn:

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:

- alle vertragsrelevanten Formulare (Aufnahmebogen...)
 - Arztbericht (möglichst vor Aufnahme)
 - Nachweis der Zahlungsfähigkeit, ggf. Erklärung der Angehörigen oder des zuständigen Sozialamtes auf Übernahme der Kosten
 - letzter Rentenbescheid oder Kontoauszug.
 - Eingruppierung in die Pflegegrad (Bescheid)
 - gängige Medikamente, Medikamentenplan
 - Personalausweis
 - Versicherungskarte der Krankenkasse
 - Rezeptkostenbefreiung
 - Schwerbehindertenausweis

 - Bekleidung:
 - geschlossene, rutschfeste Haus- und Straßenschuhe
 - ausreichend Oberbekleidung (maschinenwaschbar, trocknergeeignet)
 - Leib- und Nachtwäsche sollte dem persönlichen Bedarf entsprechend ausreichend vorhanden sein und dem Bedarf angepasst werden

 - Auf Wunsch:
 - Leichtes Oberbett und Kopfkissen (waschbar)
 - Waschlappen/ Handtücher
- ❖ Jedes Wäschestück ist an gut sichtbarer Stelle mit eingenähten Namensetiketten zu versehen. (Bitte vorab Rücksprache mit dem Sekretariat.)
Dann wird die persönliche Wäsche und Bekleidung von den Mitarbeitern der Wichern-Gemeinschaft gewaschen.
- ❖ Die Wäsche muss sowohl in der Maschine zu waschen als auch zu trocknen sein. Werden diese Kriterien nicht erfüllt, können wir keine Haftung übernehmen (siehe auch unsere Hausordnung).
- ❖ Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich. Informationen erhalten Sie bei der Einrichtungsleitung.

- ❖ Für Wertgegenstände, Schmuck oder mitgebrachte Barbeträge kann keine Haftung übernommen werden, jedoch befindet sich ein abschließbares Fach im Kleiderschrank im Bewohnerzimmer. Das hier benötigte Vorhängeschloss bringen Sie bitte mit.
- ❖ Elektrische Geräte (Fernseher, Radio; Fön etc.), die mitgebracht werden, müssen von Ihnen durch eine Elektrofachfirma geprüft sein und einen aktuellen Prüfstempel durch diese erhalten. Nur dann dürfen Sie diese in der Einrichtung anschließen und ggf. durch Mitarbeitende an – bzw. ausgeschaltet werden.

Zur Kenntnis genommen:

Datum:

Bewohner/in

Bevollmächtigter/ Betreuer

Ganz wichtig:

Die persönliche Gestaltung der Zimmer ist natürlich erwünscht.

Besuche sind im Haus jederzeit möglich.