

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme in ein
Altenheim bzw. 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 gekommen ist!

Haus:

Angaben zur Person

Vorname				Geburtsdatum	
Nachname				Familienstand	☐ verw. ☐ verh. ☐ gesch. ☐ ledig
Geburtsname				Geschlecht	☐ weibl. ☐ männl. ☐ o.A. ☐ div.
Geburtsort				Telefon Nr.	
Muttersprache				Mobil-Nr.	
Früherer Beruf				E- Mail	
Nationalität				Konfession	

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

Pflegewohngeld ☐	Sozialhilfeantrag ☐	Selbstzahler: ☐ ja ☐ nein
Weiterleitung der ☐	Barbetrag auf ☐	Rückerstattung ☐
Rentenzahlung erfolgt	Verwahrungskonto	auf Girokonto
Wäschekennzeichnung ☐	☐ ja ☐ nein	
Kategorie ☐	☐ Vollstationär ☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege § 42a	
		von bis
Monatliches Einkommen mit Nachweis:		
Zimmerbelegung: Wohnbereich:	Zimmer Nr.	Einzelzimmer: ☐ Doppelzimmer: ☐

Pflegegrad:	§ 43b ☐ ja ☐ nein
Höherstufung beantragt: ☐	☐ ja ☐ nein wenn ja, wann:
Eileingradung b. KH-A. ☐	☐ ja ☐ nein
Waren Sie schon einmal in einer stationären Pflegeeinrichtung? ☐	☐ ja ☐ nein wenn ja, wann:

Aufnahme-Grund:

Altersbedingt ☐	dementiell verändert ☐	innere Erkrankung ☐	neurologisch ☐	Sonstiges ☐
Um Menschen mit dem Krankheitsbild „Demenz“ angemessen pflegen und betreuen zu können, müssen wir um schwierige Verhaltensweisen wissen:				
Starke Weglauftendenz ☐	Aggressivität ☐			
Aufenthaltort vor Aufnahme: Krankenhaus ☐ Von Zuhause ☐				

Aktuelle Adresse

Straße, Haus-Nr.	Patientenverfügung seit:
PLZ, Ort	
Bundesland	

An- und Zugehörige /Betreuer

Nachname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Tel. mobil	_____
E-Mail		_____	
Vollmacht/ Betreuerausweis		☐ liegt vor seit _____	☐ beantragt am _____
Art der Beziehung: _____			

An- und Zugehörige /Betreuer

Nachname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Tel. mobil	_____
E-Mail		_____	
Vollmacht/ Betreuerausweis		☐ liegt vor seit _____	☐ beantragt am _____
Art der Beziehung: _____			

Rechnungsempfänger

Nachname	_____
Vorname	_____
Straße	_____
PLZ/Ort	_____
Rechnung	per Post ☐ oder per Mail ☐ E-Mail

Arzt / Hausarzt

Krankenkasse / Pflegekasse

Name	_____		
Telefon Nr.	_____		
KV-Nr.:	_____		
Beihilfeberechtigt	☐ ja ☐ nein	Zuzahlungsbefreiung	☐ ja ☐ nein

Wer soll im Krankheits-/Todesfall benachrichtigt werden? Benachrichtigung nachts? ☐ ja ☐ nein

Bestattungsinstitut: _____

Ort, Datum

Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine unverbindliche Anmeldung

Weiterleitung der Rentenzahlung an die Pflegeeinrichtung

Vorname Nachname	
Geboren am	
Wohnhaft in	
Kontoinhaber	
IBAN	
Rentenversicherungsträger	
Versicherungsnummer	
E-Mail-Adresse	

Es erfolgt keine Änderung der Postempfängeranschrift ☐

Der zuständige Rentenversicherungsträger wird hiermit ausdrücklich ermächtigt, den Betrag ab sofort direkt auf das nachstehende Konto der genannten Einrichtung zu überweisen.

Wichern-Gemeinschaft Reinbek e. V.
Haus Togohof
Togohof 3
21509 Glinde

Kontoinhaber:	Haus Togohof
IBAN:	DE36 2135 2240 0170 0017 06
BIC:	NOLADE21HOL
Name der Bank:	Sparkasse Holstein

_____, den _____

Bewohner/in / Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in

Bericht des Arztes / der Ärztin

zur Aufnahme für gemeinnützige und gewerbliche Heime

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

1. Vor- und Zuname:			
2. Geburtsname:		geboren am:	
3. Ist Patient gehfähig ?	☐ ja	☐ nein	
4. Treppensteigen möglich ?	☐ ja	☐ nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig ?	☐ ja	☐ nein	
6. Ständig bettlägerig ?	☐ ja	☐ nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	☐ ja	☐ nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs ?	☐ ja	☐ nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig ?	☐ beim Essen	☐ beim Waschen	
	☐ beim Ankleiden	☐ beim Frisieren/Rasieren	
	☐ beim Aufstehen aus dem Bett		
	☐ beim Lagern zur Nachtruhe		
	☐ beim Benutzen der Toilette		
10. Örtlich orientiert?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
11. Zeitlich orientiert ?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
12. Nachts ruhig ?	☐ ja	☐ nicht immer	☐ nein
13. Gemütsstimmung ?	☐ willig	☐ freundlich	☐ verdrießlich
14. Besondere Eigenarten	☐ nein	☐ ja, welche ?	
15. Suchtkrankheit ?	☐ nein	☐ ja, welche ?	
16. Körperliche Behinderung(en)-Art-:			
körperbehindert: blind, hör- oder sprachbehindert			
17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art -:/			
18. Diagnose:			
19. Ist Patient/die Patientin frei von Tbc nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes ?			
Ist Patient/Patientin frei von anderen ansteckenden Krankheiten nach § 6 des o.g. Gesetzes ?			
20. Diabetes:			
BZ.Wert:		Diät notwendig?	
Einstellung			
21. Medikamentenabgabe: Bitte gesonderten Medikamentenplan mitschicken!			
22. Hinweis des Arztes/der Ärztin mit Therapievorschlagn:			
23. Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben.			

+) Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen

Stempel und Unterschrift des Arztes

QMHB K 1.3.5

Datum

Merkblatt für die Aufnahme von Bewohner*innen in das Pflegeheim Haus Togohof

Name: _____

VZ ☐

KZP ☐

1. persönliche Dokumente

- ☐ Aufnahmeantrag
- ☐ Bericht des Arztes/der Ärztin
- ☐ Personalausweis/ Kopie
- ☐ Versichertenkarte Krankenkasse (muss auf Haus Togohof umgemeldet werden)
- ☐ Rezeptkostenbefreiung
- ☐ Vollmachten/ Betreuungsausweise
- ☐ Nachweis der Zahlungsfähigkeit
- ☐ Antrag auf Pflegegeld/ Sozialhilfe
- ☐ Ummeldung beim Bürgeramt der Stadt Glinde innerhalb von zwei Wochen nach vollstationärer Aufnahme durch den Bevollmächtigte*n/ Betreuer*in

2. persönliche Gegenstände

- ☐ eigenes Oberbett und Kopfkissen (maschinen- und trocknergeeignet) bei vollstationärer Pflege
- ☐ eine Tages- oder Sofadecke für das Bett (maschinen- und trocknergeeignet)
- ☐ gewohnte Sofakissen (maschinen- und trocknergeeignet)
- ☐ eine Nachttischlampe (muss vom Bewohner gut zu handhaben sein), **keine** Halogenleuchtmittel
- ☐ Haartrockner
- ☐ Rasierapparat
- ☐ Nagelset
- ☐ eine gut lesbare Uhr
- ☐ geschlossene, rutschfeste Haus- und Straßenschuhe
- ☐ ausreichend Oberbekleidung
- ☐ Leib- und Nachtwäsche sollte dem persönlichen Bedarf entsprechend ausreichend vorhanden sein und bei Bedarf angepasst werden

Ihre persönliche Wäsche und Oberbekleidung wird in der hauseigenen Wäscherei gewaschen. Die Kennzeichnung der Wäsche erfolgt kostenlos durch unser Haus.

Bitte beachten Sie: Die Namenskennzeichnung muss erfolgen, bevor die Wäsche erstmalig zum Waschen gegeben wird.

Geben Sie **neu angeschaffte/ mitgebrachte Wäsche** in einem Beutel im Wohnbereich oder der Wäscherei ab, damit wir diese vor Gebrauch kennzeichnen können.

Alle Kleidungs- und Wäschestücke müssen maschinen- und trocknergeeignet sein, d.h. bitte keine Textilien mitbringen, die der Handwäsche oder der chemischen Reinigung bedürfen.

Dies betrifft vor allem Kleidungsstücke aus hochwertigen Materialien. Wir übernehmen keine Haftung bei Schäden.

Altbekannte und **liebgewonnene Gegenstände** sollten mitgebracht werden, um das Zimmer gemütlich und vertraut zu gestalten.

Für Wertgegenstände, Schmuck oder mitgebrachte Barbeträge wird keine Haftung übernommen.

Jedem Bewohner und jeder Bewohnerin steht ein abschließbares Fach im Kleiderschrank zur Verfügung.

Alle privaten elektrischen Geräte **müssen mit einer CE-Kennzeichnung versehen sein.**

Wir empfehlen eine **private Haftpflichtversicherung.**

Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich; er muss bei dem **von Ihnen** gewünschten Telefonanbieter angemeldet werden.

01/25 – K 1.3.3