

**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	<input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> verh <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> 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

Wäschekennzeichnung: ja nein

Kategorie: Vollstationär Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege _____ von _____ bis _____

Monatliches Einkommen mit Nachweis: _____

Zimmerbelegung: Wohnbereich: _____ Zimmer Nr.: _____ Einzelzimmer: Doppelzimmer:

Pflegegrad: _____ § 43b _____

Höherstufung beantragt: ja nein wenn ja, wann: _____

Eileingradung b. KH-A. ja nein

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.	_____	Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ, Ort	_____	Patientenverfügung	seit: _____
Bundesland	_____		

An- und Zugehörige /Betreuer*in

Nachname _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Tel. mobil _____ E-Mail _____
Vollmacht/ Betreuerausweis <input type="checkbox"/> liegt vor seit <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____	

An- und Zugehörige /Betreuer*in

Nachname _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Tel. mobil _____ E-Mail _____
Vollmacht/ Betreuerausweis <input type="checkbox"/> liegt vor seit <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____	

Rechnungsempfänger*in

Nachname _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/ Ort _____
Rechnung per Post <input type="checkbox"/> oder per Mail <input type="checkbox"/> E-Mail: _____

Arzt/Ärztin , Hausarzt/Hausärztin

Krankenkasse / Pflegekasse

Name _____
Telefon Nr. _____ Fax Nr.: _____
KV – Nr.: _____
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

Bestattungsinstitut: _____

Ort, Datum _____

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 ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Patient häufig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig ?	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Waschen	
	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren	
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett		
	<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe		
	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette		
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
11. Zeitlich orientiert ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
12. Nachts ruhig ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht immer	<input type="checkbox"/> nein
13. Gemütsstimmung ?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Besondere Eigenarten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche ?	_____
15. Suchtkrankheit ?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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 Therapievorschlag:			
23. Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben.			

+)Zutreffendes ankreuzen, Nichtzutreffendes streichen

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

QMHB K 1.3.5

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 Pflegewohngeld/ 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.