

**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
Wäschekennzeichnung ☐ ja	☐ nein	
Kategorie ☐ Vollstationär	☐ Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege	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 ☐ Aufenthaltsort 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

Merkblatt für die Aufnahme von Bewohnern in das Pflegeheim Haus Togohof

Name: _____

VZ ☐

KZP ☐

1. persönliche Dokumente

- ☐ Aufnahmeantrag
- ☐ Arztbericht
- ☐ 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 Bevollmächtigten/ Betreuer

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 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

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Ständig bettlägerig ☐ ja ☐ nein

Harnkontinenz ☐ ja ☐ nein

Stuhlinkontinenz ☐ ja ☐ nein

Hörfähigkeit eingeschränkt ☐ ja ☐ nein

Sehfähigkeit eingeschränkt ☐ ja ☐ nein

Sprachvermögen eingeschränkt ☐ ja ☐ nein

Situativ orientiert ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Persönlich orientiert ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Örtlich orientiert ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Zeitlich orientiert ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Nachts ruhig ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Tag-Nacht-Umkehr ☐ ja ☐ nicht immer ☐ nein

Demenz ☐ ja ☐ nein

Suchtkrankheit ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Paresen/ Spastiken: _____

Psychische Auffälligkeiten: _____

Diagnosen: Bitte als aktuelle Liste mit ICD-Code beifügen

frei von Tbc nach § 6 des IfSG ☐ ja ☐ nein

frei von anderen Krankheiten nach § 6 des IfSG ☐ ja ☐ nein

Medikamentenabgabe: Bitte gesonderten Medikamentenplan mitschicken!

Bekannte Allergien: _____

(Datum)

(Stempel und Unterschrift des Arztes)