

Aufnahmeantrag



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

Haus : _____

Angaben zur Person:

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

Aufnahmedatum: _____
(von der Einrichtung auszufüllen)

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

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeantrag |
| Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rezeptkostenbefreiung <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"/> |
| Pflegegrad: _____ | § 53c: _____ |
| Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | wenn ja, wann: _____ |

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?

Bestattungsinstitut:

Ort, Datum

Unterschrift

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? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl) |
| 4. Ist Treppensteigen möglich? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 5. Ist der Patient häufig bettlägerig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 6. Ist der Patient ständig bettlägerig? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 7. Besteht Inkontinenz Stuhl? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 8. Besteht Inkontinenz Urin? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein | |
| 9. Ist er fremder Hilfe bedürftig? | <input type="radio"/> beim Essen | | <input type="radio"/> beim Waschen |
| | <input type="radio"/> beim Ankleiden | | <input type="radio"/> Frisieren/Rasieren |
| | <input type="radio"/> beim Aufstehen aus dem Bett | | <input type="radio"/> Nutzung der Toilette |
| | <input type="radio"/> beim Lagern zur Nachtruhe | | |
| 10. Örtlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nein |
| 11. Zeitlich orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nein |
| 12. Situativ orientiert? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nein |
| 13. Tag – Nachtumkehr? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nein |
| 14. Besondere Eigenarten? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, welche _____ | |
| 15. Suchtkrankheit? | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> 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 Bargelbbeträge 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 Altenfriede jederzeit möglich.