

**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 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 <input type="checkbox"/> | |

Aufnahmedatum: _____

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

| | | |
|--|--|---|
| Pflegewohngehd <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"/> | | |

| |
|--|
| 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

(Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine unverbindliche Anmeldung)

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 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:

1. Persönliche Dokumente

- Aufnahmebogen/ ausgefüllter Biografiebogen
- Arztbericht
- Personalausweis/ Kopie
- Versichertenkarte Krankenkasse (muss auf Haus Robert-Koch-Straße umgemeldet werden)
- Rezeptkostenbefreiung
- Vollmachten/ Patientenverfügung/ Betreuungsausweise
- Nachweis der Zahlungsfähigkeit (Angaben hierzu sind freiwillig)
- Antrag auf Pflegewohngeld (wir sind verpflichtet, wenn erforderlich, diesen Antrag bei der zuständigen Bewilligungsbehörde zu stellen)
- Ummeldung muss in Bad Oldesloe erfolgen (innerhalb von 3 Monaten nach Einzug)

2. persönliche Gegenstände

- auf Wunsch eigenen Möblierung und Ausstattungsgegenstände
- Fernsehgerät, Radiogerät
- auf Wunsch eigenes Oberbett und Kopfkissen (maschinenwaschbar!)
- bei Bedarf Haartrockner, Rasierapparat, Nagelset
- Toilettenartikel für den täglichen Bedarf
- geschlossene, rutschfeste Haus- und Straßenschuhe
- ausreichend Oberbekleidung
- Leib- und Nachtwäsche sollte dem persönlichen Bedarf entsprechend ausreichend vorhanden sein und bei Bedarf angepasst werden

Die gesamte Bewohnerwäsche ist an gut sichtbarer Stelle mit Namensetiketten zu versehen. Sie haben die Möglichkeit, diese Namensetiketten in unserem Haus zu bestellen und gegen Entgelt einnähen zu lassen.

Für Kleidungsstücke, die der Handwäsche oder der chemischen Reinigung bedürfen (dies betrifft vor allem Kleidungsstücke aus hochwertigen Materialien), übernehmen wir bei Schäden keine Haftung.

Daher bitten wir darum, auf Kleidung aus empfindlichen Materialien (Seide, Wolle, etc.) zu verzichten.

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. Für jeden Bewohner steht eine abschließbare Kassette im Kleiderschrank zu Verfügung. Wir bieten ein Verwahrgeldkonto durch die Verwaltung an.

Wir empfehlen den Abschluss einer privaten Haftpflichtversicherung.

Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich; er muss von **ihnen** beim Telefonanbieter angemeldet werden.

Ganz wichtig:

Die persönliche Gestaltung der Zimmer ist natürlich erwünscht.

Besuche sind im Haus jederzeit möglich.