

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

Einrichtung: Tagespflege Wichern- Sonne

Angaben zur Person:

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

Aufnahmedatum: _____

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

☐ Sozialhilfeantrag ☐ Beihilfeberechtigt: ja ☐ nein ☐ Selbstzahler: ja ☐ nein ☐

Pflegegrad: _____ Beihilfeanspruch in %: _____

Höherstufung beantragt: ja ☐ nein ☐ wenn ja, wann: _____

Wohnsitz

Straße _____ PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. _____

Kreis _____ Bundesland _____

Ambulanter Pflegedienst:

Name _____

Telefon Nr. _____ Fax Nr.: _____

Besuchstage/ Fahrdienst:

An welchen Wochentagen ist ein Besuch der Tagespflege geplant:

Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐

Fahrdienst ja ☐ nein ☐ Rollstuhl ja ☐ nein ☐

Die Abfahrtszeiten können sich wöchentlich um bis zu ca. 30 Minuten verschieben und können nur für die aktuelle Woche erfragt werden. Auch aktuelle Änderungen sind z. B. auf Grund von Absagen möglich.

An- und Zugehöriger/ Betreuer

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Vollmacht ☐ Patientenverfügung ☐ Betreuerausweis: ☐ liegt vor ☐ wird beantragt ☐☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögen ☐ Post ☐ Ämter/Behörden

Art der Beziehung: _____

An- und Zugehöriger/ Betreuer

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Vollmacht ☐ Patientenverfügung ☐ Betreuerausweis: ☐ liegt vor ☐ wird beantragt ☐☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögen ☐ Post ☐ Ämter/Behörden

Art der Beziehung: _____

Rechnungsempfänger:

Nachname / Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Rechnung per Post ☐ **oder** per Mail ☐ E-Mail: _____**Arzt / Hausarzt**

Name _____ Tel.: _____

Krankenkasse:

Name _____

Telefon Nr. _____ Fax Nr.: _____

KV-Nr.: _____

Ort, Datum**Unterschrift** _____