

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

Haus:

Hinweis:

Dieser Aufnahmebogen wird nach 6 Monaten datenschutzkonform vernichtet, wenn es bis zu diesem Zeitpunkt zu keinem Einzug gekommen ist!

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
Weiterleitung der ☐	Barbetrag auf ☐	Rückerstattung ☐
Rentenzahlung erfolgt	Verwahrungskonto	auf Girokonto
Wäschekennzeichnung ☐ ja	☐ nein	
Kategorie ☐ Vollstationär	☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege § 42a	
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 ☐			
Aufenthaltort vor Aufnahme: Krankenhaus ☐ Von Zuhause ☐				

Aktuelle Adresse

Straße, Haus-Nr.		Patientenverfügung seit:	
PLZ, Ort			
Bundesland			

An- und Zugehörige /Betreuer:in

Nachname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Tel. mobil	_____
E-Mail	_____		
Vollmacht/ Betreuerausweis	☐ liegt vor seit _____	☐ beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____			

An- und Zugehörige /Betreuer:in

Nachname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Tel. mobil	_____
E-Mail	_____		
Vollmacht/ Betreuerausweis	☐ liegt vor seit _____	☐ beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____			

Rechnungsempfänger:in

Nachname	_____		
Vorname	_____		
Straße	_____		
PLZ/Ort	_____		
Rechnung	per Post ☐	oder	per Mail ☐ E-Mail

Arzt / Hausarzt Ärztin / Hausärztin

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 Bewohner:innen in das Pflegeheim Haus Togohof

Name: _____

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege? ☐

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 / 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.

Patient:in

Name _____ Vorname _____ geb. _____

Derzeitiger Aufenthalt:

1. Diagnosen

- Bitte die Liste der aktuellen Diagnosen mit ICD Code als Anlage beifügen!

2. Medikamente

- Bitte den aktuellen Medikamentenplan beifügen!

3. Anamnese (Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte)

4. bekannte Allergien

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

5. Pflegebedürftigkeit

5.1 Psychischer Zustand

- | | |
|---|--|
| ☐ Unauffällig | |
| ☐ Verwirrtheit, Desorientierung | |
| ☐ Mit ruhigem Verhalten | ☐ mit unruhigem Verhalten |
| ☐ Mit Tendenz zur Aggression | ☐ mit Hinlauf- Tendenz |
| ☐ Depressiv-passives Verhalten | ☐ depressiv-manisches Verhalten |
| ☐ Paranoid | ☐ Nikotin-Abusus |
| ☐ Alkohol-Abusus | ☐ Medikamenten-Abusus |
| ☐ Mit Störungen des Wach-/ Schlaf-Rhythmus | |

5.2 Physischer Zustand

- | | |
|--|--|
| ☐ Starke Sehbehinderung | ☐ starke Hörbehinderung |
|--|--|

- ☐ Schwindel
- ☐ Unterernährung Kachexie
- ☐ Urininkontinenz
- ☐ Dauerkatheder _____ letzter Wechsel
- ☐ Tracheale Aspiration

- ☐ PEG
- ☐ Adipositas
- ☐ Stuhlinkontinenz
- ☐ Anus praeter
- ☐ O2 – Langzeittherapie

Ansteckende Krankheiten:

- ☐ MRSA ☐ offene TB ☐ Hepatitis ☐ HIV
- ☐ Weitere _____

Schmerzen:

- ☐ Chronische, starke Schmerzen
- ☐ Dekubitus Kategorie _____
- ☐ Insulinpflicht _____
- ☐ Dauer- Antikoagulation _____

5.3 Hilfebedürftigkeit

Patient ist auf Hilfe angewiesen bei:

- ☐ Gehen auf ebenem Boden ☐ Treppen steigen ☐ Einnehmen der Mahlzeiten
- ☐ Aufstehen/ Zubettgehen ☐ Waschen/Duschen
- ☐ Benutzung der Toilette
- ☐ An-/ Auskleiden Patient ist bettlägerig

5.4 Hilfsmittel

- ☐ Gehstock, Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Orthesen
- ☐ Hörgerät ☐ Brille
- ☐ Herzschrittmacher, seit _____ letzte Kontrolle _____

Ort, Datum _____

Unterschrift des Arztes

Stempel

Für die Bearbeitung bedanken wir uns hiermit im Voraus.