

 Haus Altenfriede

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme in ein**

**Hinweis:**

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

**Altenheim bzw. eine Pflegeeinrichtung der Wichern-Gemeinschaft Reinbek e. V.**

## 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