

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