

**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

Wäschekennzeichnung: ☐ ja ☐ nein

Kategorie: ☐ Vollstationär ☐ Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege von bis

Monatliches Einkommen mit Nachweis:

Zimmerbelegung: Wohnbereich: Zimmer Nr.: Einzelzimmer: ☐ Doppelzimmer: ☐

Pflegegrad: § 43b

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

Eileingradung b. KH-A. ☐ ja ☐ nein

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.		Zuzahlungsbefreiung	☐ ja ☐ nein
PLZ, Ort		Patientenverfügung	seit:
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.	_____	Fax Nr.:	_____
KV – Nr.:	_____		
Beihilfeberechtigt	☐ 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