

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

Hinweis:

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

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)

Pflegewohnungsgeld ☐	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:		von bis
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

Weiterleitung der Rentenzahlung an die Pflegeeinrichtung

Vorname Nachname	
Geboren am	
Wohnhaft in	
Kontoinhaber	
IBAN	
Rentenversicherungsträger	
Versicherungsnummer	
E-Mail-Adresse	

Es erfolgt keine Änderung der Postempfängeranschrift ☐

Der zuständige Rentenversicherungsträger wird hiermit ausdrücklich ermächtigt, den Betrag ab sofort direkt auf das nachstehende Konto der genannten Einrichtung zu überweisen.

Wichern-Gemeinschaft Reinbek e. V.
Haus Altenfriede
Kückallee 5
21465 Reinbek

Kontoinhaber:	Haus Altenfriede
IBAN:	DE77 2135 2240 0020 0891 17
BIC:	NOLADE21HOL
Name der Bank:	Sparkasse Holstein

_____, den _____

Bewohner/in / Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in