

**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	<input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> div.
Geburtsort	_____	Telefon Nr.	_____
Muttersprache	_____	Mobil-Nr.	_____
Früherer Beruf	_____	E- Mail	_____
Nationalität	_____	Konfession	_____

Aufnahmedatum: Debitor Nr.: (nur von der Buchhaltung auszufüllen)

Pflegewohngeld <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag <input type="checkbox"/>	Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung der <input type="checkbox"/> Rentenzahlung erfolgt	Barbetrag auf <input type="checkbox"/> Verwahrungskonto	Rückerstattung <input type="checkbox"/> auf Girokonto
Wäschekennzeichnung <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Kategorie <input type="checkbox"/>	Vollstationär <input type="checkbox"/>	Kurzzeit-/Verhinderungspflege § 42a <input type="checkbox"/>
Monatliches Einkommen mit Nachweis:		_____ von _____ bis _____
Zimmerbelegung: Wohnbereich:	Zimmer Nr.	Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>

Pflegegrad: _____	§ 43b <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann: _____
Eileingradung b. KH-A. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Waren Sie schon einmal in einer stationären Pflegeeinrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann: _____

Aufnahme-Grund:

Altersbedingt <input type="checkbox"/>	dementiell verändert <input type="checkbox"/>	innere Erkrankung <input type="checkbox"/>	neurologisch <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
Um Menschen mit dem Krankheitsbild „Demenz“ angemessen pflegen und betreuen zu können, müssen wir um schwierige Verhaltensweisen wissen:				
Starke Weglauftendenz <input type="checkbox"/>	Aggressivität <input type="checkbox"/>			
Aufenthaltort vor Aufnahme: Krankenhaus <input type="checkbox"/>		Von Zuhause <input type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/> liegt vor seit _____		<input type="checkbox"/> beantragt am _____
Art der Beziehung: _____		

An- und Zugehörige /Betreuer

Nachname _____	Vorname _____	
Straße _____	PLZ/Ort _____	
Telefon _____	Tel. mobil _____	E-Mail _____
Vollmacht/ Betreuerausweis <input type="checkbox"/> liegt vor seit _____		<input type="checkbox"/> beantragt am _____
Art der Beziehung: _____		

Rechnungsempfänger

Nachname _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Rechnung per Post <input type="checkbox"/> oder per Mail <input type="checkbox"/> E-Mail

Arzt / Hausarzt

Krankenkasse / Pflegekasse

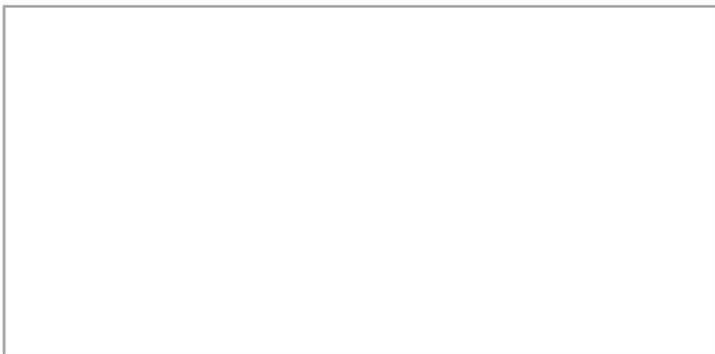
Name _____	
Telefon Nr. _____	
KV-Nr.: _____	
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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 Casinopark
Am Casinopark 6
21465 Wentorf b. Hamburg

Kontoinhaber: Haus Casinopark
IBAN: DE38 2135 2240 0020 0223 07
BIC: NOLADE21HOL
Name der Bank: Sparkasse Holstein

_____, den _____

Bewohner/in / Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in