

**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"/>
<b>Um Menschen mit dem Krankheitsbild „Demenz“ angemessen pflegen und betreuen zu können, müssen wir um schwierige Verhaltensweisen wissen:</b>				
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"/> <b>oder</b> 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 Robert-Koch-Straße  
Robert-Koch-Straße 20  
23843 Bad Oldesloe

Kontoinhaber: Haus Robert-Koch-Straße \_\_\_\_\_  
IBAN: DE78 2135 2240 0000 0207 69 \_\_\_\_\_  
BIC: NOLADE21HOL \_\_\_\_\_  
Name der Bank: Sparkasse Holstein \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bewohner/in / Bevollmächtigte/r oder Betreuer/in