

**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 |  |  |
| Weiterleitung der [ ]  Rentenzahlung erfolgt Wäschekennzeichnung | Barbetrag auf [ ]  Verwahrgeldkonto [ ]  ja  | Rückerstattung [ ]  auf Girokonto[ ]  nein  |  |  |
| Kategorie | [ ]  Vollstationär | [ ]  Kurzzeit-/Verhinderungspflege § 42a |  |  |
|  |  |  | 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 |  |
| 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