

Ich beantrage hiermit unverbindlich die Aufnahme  
in 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 in das  
Haus Altenriede gekommen ist!

Haus : \_\_\_\_\_

**Angaben zur Person**

Nachname _____	
Vorname _____	ehemaliger Beruf _____
Geburtsname _____	Religion _____
Geburtsdatum _____	Nationalität _____
Geburtsort _____	Familienstand verw. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/>
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>	

**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
Rezeptkostenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Wäschepatchen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kategorie: <input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege _____ - _____		von _____ bis _____
Monatliches Einkommen mit Nachweis: _____		
Zimmerbelegung: Wohnbereich: _____ Zimmer Nr.: _____ Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>		
<b>Impfung SARS -CoV-2 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></b>		

Pflegegrad: _____ § 45b _____
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

**vorheriger Wohnsitz**

Straße _____	PLZ / Ort _____	Tel.-Nr. _____
Kreis _____	Bundesland _____	

**Aufnahme-Grund**

altersbedingt <input type="checkbox"/>	gerontopsychiatrisch <input type="checkbox"/>	innere Erkrankung <input type="checkbox"/>
neurologisch <input type="checkbox"/>	sonstiges <input type="checkbox"/>	
Aufenthaltort vor Aufnahme: _____ (Name Krankenhaus/ von Zuhause)		

**Angehörige\*r /Betreuer\*in**

Nachname _____	Vorname _____	
Straße _____	PLZ/Ort _____	
Telefon: _____	Mobil: _____	E-Mail: _____
Vollmacht/ Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird beantragt		
Art der Beziehung: _____		

**Angehörige\*r /Betreuer\*in**

Nachname _____	Vorname _____	
Straße _____	PLZ/Ort _____	
Telefon: _____	Mobil: _____	E-Mail: _____
Vollmacht/ Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird beantragt		
Art der Beziehung: _____		

**Rechnungsempfänger\*in**

Nachname _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/ Ort _____

**Arzt / Ärztin**

_____
-------

**Krankenkasse**

Name _____	
Telefon Nr. _____	Fax Nr.: _____
KV – Nr.: _____	

Wer soll im Krankheits-/Todesfall benachrichtigt werden? Benachrichtigung auch nachts?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine **unverbindliche** Anmeldung

# Arztbericht

(erst bei Zusage eines Zimmers notwendig)

vom Hausarzt auszufüllen

## Patient

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt:

\_\_\_\_\_

## 1. Diagnosen

Bitte die Liste der aktuellen Diagnosen mit ICD Code als Anlage beifügen!

## 2. Medikamente

Bitte den aktuellen Medikamentenplan beifügen!

## 3. Anamnese (Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte)


## 4. bekannte Allergien

1. glutenhaltige Getreide	5. Erdnüsse	9. Schalenfrüchte (Nüsse,..)	13. Lupinen
2. Krebstiere	6. Sojabohnen	10. Senf	14. Schwefeldioxid
3. Eier	7. Milch	11. Sesamsamen	15. Sulfite
4. Fisch	8. Sellerie	12. Weichtiere	

## Weitere Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten:


Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes

\_\_\_\_\_

Stempel

Für die Bearbeitung bedanken wir uns hiermit im Voraus.

## 5. Pflegebedürftigkeit

### 5.1 Psychischer Zustand

- Unauffällig
- Verwirrtheit, Desorientierung
- Mit ruhigem Verhalten
- Mit Tendenz zur Aggression
- Depressiv-passives Verhalten
- Paranoid
- Alkohol-Abusus
- Mit Störungen des Wach-/ Schlaf-Rhythmus
- mit unruhigem Verhalten
- mit Hinlauf - Tendenz
- depressiv-manisches Verhalten
- Nikotin-Abusus
- Medikamenten-Abusus

### 5.2 Physischer Zustand

- Starke Sehbehinderung
- Schwindel
- Unterernährung Kachexie
- Urininkontinenz
- Dauerkatheder \_\_\_\_\_ letzter Wechsel
- O2 – Langzeittherapie
- starke Hörbehinderung
- PEG
- Adipositas
- Stuhlinkontinenz
- Anus praeter Tracheale Aspiration

### Ansteckende Krankheiten:

- MRSA                       offene TB                       Hepatitis                       HIV
- Weitere \_\_\_\_\_

### Schmerzen:

- Chronische, starke Schmerzen
- Dekubitus                      Kategorie \_\_\_\_\_
- Insulinpflicht \_\_\_\_\_
- Dauer- Antikoagulation \_\_\_\_\_

### 5.3 Hilfebedürftigkeit

#### Patient ist auf Hilfe angewiesen bei:

- Gehen auf ebenem Boden
- Treppen steigen
- Aufstehen/ Zubettgehen
- Waschen/Baden
- Einnehmen der Mahlzeiten
- Benutzung der Toilette
- An-/ Auskleiden Patient ist bettlägerig

### 5.4 Hilfsmittel

- Gehstock, Rollator
- Rollstuhl
- Hörgerät
- Brille
- Herzschrittmacher, seit \_\_\_\_\_ letzte Kontrolle am: \_\_\_\_\_

# Was muss bei der Aufnahme mitgebracht werden?

Eine kurze Checkliste für den schnellen Überblick:

## Notwendige Dokumente (Erbringung bei Antragstellung/ Einzug)

### Angehörige / Betreuer:

- Aufnahmeantrag
- Checkliste Aufnahme
- Krankenkassenkarte
- Rezeptkostenbefreiung (Abgabe im Sekretariat)
- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Ausweis über Herzschrittmacher bzw. Defibrillator
- Impfausweis
- Gehalts- oder Rentennachweis
- Bankeinzugsermächtigung (Sepa-Lastschrift)
- Antrag Sozialhilfe
- Info/ Antrag Pflegekasse
- Pflegegradbescheid / Gutachten über vorhandenen Pflegegrad
- Generalvollmacht bzw. Vorsorgevollmacht
- Patientenverfügung
- Krankenberichte
- Übernahme Hausarzt / Facharzt oder ggf. Wechsel aufgrund von Entfernung
- Medikamentenplan (entweder durch Krankenhaus oder Hausarzt)
- Vorordnungen, welche vor Einzug schon vorliegen (Hilfsmittel, ERGO, Physio etc.)
- vorhandene Medikamente
- Biografie

**Für Wertgegenstände, Schmuck und / oder Bargelddbeträge kann / wird keine Haftung durch die Einrichtung getragen.**

### **Um eine adäquate Versorgung zu sichern, benötigen wir des Weiteren von Ihnen:**

- Pflegeprodukte in wiederkehrender Form wie: Duschgel, Shampoo, Spülung, Lotion, Zahncreme, Mundwasser, Reinigungstabletten für Prothesen, Haftcreme, Gesichtscreme, Deo, Parfum, Rasierschaum
- Föhn, Kamm, Haarbürste, Nagelpflegeset, Zahnbürste, Zahnputzbecher, Rasierer
- Inkontinenzmaterial in ausreichender Menge für Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- Hilfsmittel wie Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgeräte
- persönliche Gegenstände, wie z.B. Fernseher / Radio / Bilder etc.

Bitte bedenken Sie auch, dass jeweils zum 1. jeden Quartals alle Krankenkassenkarten bei den Hausärzten sowie Fachärzten durch Sie eingelesen werden müssen, wenn der Hausarzt nicht in Reinbek seine Praxis hat, um eine Sicherstellung der Medikamente sowie alle notwendigen Verordnungen im Sinne Ihres Angehörigen/ zu Betreuenden zu gewährleisten. Bei den Ärzten in Reinbek übernehmen wir dies für Sie.

## Bekleidung

Wir haben für Sie eine Übersicht zusammengestellt mit Richtwerten wieviel Bekleidung und Wäsche üblicherweise benötigt wird. Die Anzahl der benötigten Bekleidungsstücke hängt natürlich auch von Ihren persönlichen Vorlieben ab.

Artikel	Für Damen	Für Herren
Unterhose/Schlüpfer	20 Stück	20 Stück
Unterhemd	20 Stück	20 Stück
Nachthemd / Schlafanzug	15 Stück	15 Stück
Röcke / Hosen	8-10 Stück	8-10 Stück
Sweat-Shirt / Pullover	10-15 Stück	10-15 Stück
Jogginghose/-jacke	5-10 Stück	5-10 Stück
Kleider / Hemden	5-10 Stück	5-10 Stück
Anzüge / Sakko		2-3 Stück
Strümpfe / Socken	15-20 Paar	15-20 Paar
Strumpfhosen	10-15 Paar	
Morgenmantel	1 Stück	1 Stück
Sommerjacke / -mantel	1 Stück	1 Stück
Winterjacke / -mantel	1 Stück	1 Stück
Hausschuhe, waschbar	1-2 Paar	1-2 Paar
Büstenhalter	10	
Handschuhe, Mütze Schal, Feste Schuhe	Mindestens je 1	Mindestens je 1

### Auf folgendes bitten wir Sie bei der Auswahl der Kleidungsstücke zu achten:

Oberbekleidung	muss Waschmaschinengeeignet sein 	mind. Bei 40°C
Unterbekleidung	sollte kochfest sein 	mind. Bei 60°C
Sämtliche Bekleidung	muss Trockner geeignet sein 	1 Stück

### Bekleidung aus den folgenden Materialien sollten Sie nicht mitbringen:

Wolle und Wollmischgewebe	Seide	Polyacryl
---------------------------	-------	-----------

### Bekleidung mit spezieller Behandlung können wir leider nicht waschen:

Handwäsche		Chemische Reinigung	
------------	---	---------------------	---

## **Zum Ablauf / Allgemeines:**

- Die Schmutzwäsche wird täglich von den PflegemitarbeiterInnen eingesammelt und in die Wäscherei gebracht.
- Die saubere Wäsche wird an zwei festgelegten Werktagen wieder verteilt.
- Da wir verpflichtet sind, desinfizierend zu waschen, werden die Wäschestücke deutlich mehr strapaziert und verschleißten schneller. Defekte Wäscheteile sortieren wir in der Regel aus und informieren Sie darüber, ggf. mit der Bitte neue Wäsche zu besorgen.

Da die persönliche Wäsche und Bekleidung in unserem Hause gewaschen wird, muss jedes Kleidungsstück an gut sichtbarer Stelle mit Namen gekennzeichnet sein. Wir übernehmen die Kennzeichnung der Wäsche (incl. der Namen) gegen eine Pauschale von 60,- Euro (Stand 8/2024).

Für Kleidungs- und Wäschestücke, welche die oben genannten Kriterien nicht erfüllen, wird keine Haftung übernommen.

Die Zimmer bieten die Möglichkeit, einen Fernseher aufzustellen (falls im 2-Bett-Zimmer kein Gerät vorhanden ist).

Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich. Sie müssen diesen selbst bei der Telekom beantragen.

**Über eine persönliche Gestaltung der Zimmer würden wir uns sehr freuen.**

**Besuche sind im Haus Altenfriede jederzeit möglich und erwünscht.**

Wichtig:

- Ummeldung im Bürgerbüro der Stadt Reinbek innerhalb von zwei Wochen nach vollstationärer Aufnahme durch den Bevollmächtigten/ Betreuer**