

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

Haus:

Hinweis:

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

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 Sozialhilfeantrag Selbstzahler: ja nein

Wäschekennzeichnung: ja nein

Kategorie: Vollstationär Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege _____ von _____ bis _____

Monatliches Einkommen mit Nachweis: _____

Zimmerbelegung: Wohnbereich: _____ Zimmer Nr.: _____ Einzelzimmer: Doppelzimmer:

Pflegegrad: _____ § 43b _____

Höherstufung beantragt: ja nein wenn ja, wann: _____

Eileingradung b. KH-A. ja nein

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

Aufenthaltort vor Aufnahme: _____
(Krankenhaus/ von Zuhause)

Aktuelle Adresse

Straße, Haus-Nr.	_____	Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PLZ, Ort	_____	Patientenverfügung	seit: _____
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. _____	Fax Nr.: _____
KV – Nr.: _____	
Beihilfeberechtigt <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

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

mit unruhigem Verhalten

mit Hinlauf - Tendenz

depressiv-manisches Verhalten

- Paranoid
- Alkohol-Abusus
- Mit Störungen des Wach-/ Schlaf-Rhythmus

- 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*in:

- 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 Bargeldbeträge 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**