

**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 Casinopark 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:** \_\_\_\_\_

(nur von der Buchhaltung auszufüllen)

**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		
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"/>		
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		
<b>Impfung SARS -CoV-2</b> <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"/>	
Aufenthaltsort vor Aufnahme: _____		
	(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: _____

**Weitere(r) 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**

Nachname, Vorname	_____ , _____
Straße	_____
PLZ/ Ort	_____

**Hausarzt / Hausärztin**

_____
-------

**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?**

Name: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung auch nachts? : nein ja

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

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

# Arztbericht

(erst bei Zusage eines Zimmers notwendig)

vom Hausarzt auszufüllen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

<b>1. Vor- und Zuname:</b>	
<b>2. Geburtsname:</b>	<b>geboren am:</b>

3. Ist der Patient gehfähig?  ja  nein  mit Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl)
4. Ist Treppensteigen möglich?  ja  nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?  ja  nein
6. Ist der Patient ständig bettlägerig?  ja  nein
7. Besteht Inkontinenz Stuhl?  ja  nein
8. Besteht Inkontinenz Urin?  ja  nein
9. Ist er fremder Hilfe bedürftig?  beim Essen  beim Waschen  
 beim Ankleiden  Frisieren/Rasieren  
 beim Aufstehen aus dem Bett  Nutzung der Toilette  
 beim Lagern zur Nachtruhe
10. Örtlich orientiert?  ja  nicht immer  nein
11. Zeitlich orientiert?  ja  nicht immer  nein
12. Situativ orientiert?  ja  nicht immer  nein
13. Tag – Nachtumkehr?  ja  nicht immer  nein
14. Besondere Eigenarten?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_
15. Suchtkrankheit?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

16. Körperliche Einschränkungen?:  nein  ja

---

17. Wunden?:  nein  ja,

Lokalisation: \_\_\_\_\_

---

18. Diagnose: \_\_\_\_\_

19. Ist Patient(in) frei von Tbc nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes?  nein  ja

Ist **Patient(in)** frei von anderen ansteckenden Krankh. nach § 6 des o.g. Gesetzes?  nein  ja

20. Diabetes:

BZ.Wert: \_\_\_\_\_

Diät notwendig?  nein  ja

Einstellung: \_\_\_\_\_

21. Medikamentenabgabe:

---

---

22. Hinweis des Arztes mit Therapievorschlag:

---

---

---

23. Die Pflegebedürftigkeit ist aus ärztlicher Sicht gegeben:  nein  ja

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift des Arztes

# Was muss bei der Aufnahme mitgebracht werden?

## 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

### 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.
- Bekleidung
  - geschlossene, rutschfeste Haus- und Straßenschuhe
  - ausreichend Oberbekleidung (maschinenwaschbar, trocknergeeignet)
  - Leib- und Nachtwäsche sollte dem persönlichen Bedarf entsprechend ausreichend vorhanden sein und dem Bedarf angepasst werden

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

Oberbekleidung	muss Waschmaschinengeeignet sein	Mind. 40°C
Unterbekleidung	sollte kochfest sein	mind. bei 60°C
Sämtliche Bekleidung	muss Trocknergeeignet sein	

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

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

**Bekleidung mit spezieller Behandlung können wir leider nicht waschen, bzw. reinigen lassen:**

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

**Zum Ablauf / Allgemeines:**

- > Die Schmutzwäsche wird täglich von den Mitarbeiter\*innen der Pflege eingesammelt für die Wäscherei eingesammelt.
- > 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.
- > Jedes Wäschestück ist an gut sichtbarer Stelle mit eingenähten Namensetiketten zu versehen. (Bitte vorab Rücksprache mit dem Sekretariat.)

- > Dann werden die persönliche Wäsche und Bekleidung von den Mitarbeitenden der Wichern-Gemeinschaft gewaschen.
- > Für Kleidungs- und Wäschestücke, welche die oben genannten Kriterien nicht erfüllen, wird keine Haftung übernommen.
- > Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich. Informationen erhalten Sie bei der Einrichtungsleitung.

**Für Wertgegenstände, Schmuck oder mitgebrachte Barbeiträge kann keine**

Haftung übernommen werden, jedoch befindet sich ein abschließbares Fach im Kleiderschrank im Bewohnerzimmer. Das hier benötigte Vorhängeschloss bringen Sie bitte mit.

Elektrische Geräte (Fernseher, Radio; Fön, Verlängerungskabel etc.), die mitgebracht werden, müssen von Ihnen durch eine Elektrofachfirma geprüft sein und einen aktuellen Prüfstempel durch diese erhalten. Nur dann, dürfen Sie diese in der Einrichtung anschließen und ggf. durch Mitarbeitende an – bzw. ausgeschaltet werden.

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

**Zur Kenntnis genommen:**

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Bewohner\*in

\_\_\_\_\_  
Bevollmächtigte\*r/ Betreuer\*in

