

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

Einrichtung: Tagespflege Wichern- Sonne

Angaben zur Person:

| | | | |
|----------------|-------|---------------|---|
| Vorname | _____ | Geburtsdatum | _____ |
| Nachname | _____ | Familienstand | <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft |
| Geburtsname | _____ | Geschlecht | <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> divers |
| Geburtsort | _____ | Telefon Nr. | _____ |
| Muttersprache | _____ | Mobil-Nr. | _____ |
| Früherer Beruf | _____ | E- Mail | _____ |
| Nationalität | _____ | Konfession | _____ |

Aufnahmedatum: _____

Debitor Nr.: _____
(nur von der Buchhaltung auszufüllen)

Sozialhilfeantrag Beihilfeberechtigt ja nein Selbstzahler: ja nein

Pflegegrad: _____ Beihilfeanspruch in %: _____

Höherstufung beantragt: ja nein wenn ja, wann: _____

Wohnsitz

Straße _____ PLZ / Ort _____

Tel.-Nr. _____

Kreis _____ Bundesland _____

Ambulanter Pflegedienst:

Name _____

Telefon Nr. _____ Fax Nr.: _____

Besuchstage/ Fahrdienst:

An welchen Wochentagen ist ein Besuch der Tagespflege geplant:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Fahrdienst ja nein **Anmerkung:** _____

An- und Zugehörige*r/ Betreuer*in

| | | | |
|--|--|---|---|
| Nachname | _____ | Vorname | _____ |
| Straße | _____ | | |
| PLZ / Ort | _____ | | |
| Telefon: | _____ | Mobil: | _____ |
| E-Mail: | _____ | | |
| Vollmacht <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung <input type="checkbox"/> | Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> | liegt vor <input type="checkbox"/> wird noch beantragt <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Vermögen | <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ämter/Behörden |
| Art der Beziehung: | _____ | | |

An- und Zugehörige*r/ Betreuer*in

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nachname | _____ | Vorname | _____ |
| Straße | _____ | | |
| PLZ / Ort | _____ | | |
| Telefon: | _____ | Mobil: | _____ |
| E-Mail: | _____ | | |
| Vollmacht <input type="checkbox"/> | Patientenverfügung <input type="checkbox"/> | Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> | liegt vor <input type="checkbox"/> wird beantragt <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> Vermögen | <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ämter/Behörden |
| Art der Beziehung: | _____ | | |

Rechnungsempfänger*in:

| | | |
|--|---|---------------|
| Nachname / Vorname | _____ | |
| Straße | _____ | |
| PLZ / Ort | _____ | |
| Rechnung per Post <input type="checkbox"/> | oder per Mail <input type="checkbox"/> | E-Mail: _____ |

Arzt/Hausarzt Ärztin/Hausärztin

| | |
|------------|-------------|
| Name _____ | Tel.: _____ |
|------------|-------------|

Krankenkasse:

| | |
|-------------------|----------------|
| Name _____ | |
| Telefon Nr. _____ | Fax Nr.: _____ |
| KV-Nr.: _____ | |

Ort, Datum**Unterschrift** _____

Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine unverbindliche Anmeldung