

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 Patientenverfügung Betreuerausweis: liegt vor wird noch beantragt Gesundheitspflege Aufenthaltsbestimmung Vermögen Post Ämter/Behörden

Art der Beziehung: _____

An- und Zugehörige*r/ Betreuer*in

Nachname _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Vollmacht Patientenverfügung Betreuerausweis: liegt vor wird beantragt Gesundheitspflege Aufenthaltsbestimmung Vermögen Post Ämter/Behörden

Art der Beziehung: _____

Rechnungsempfänger*in:

Nachname / Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Rechnung per Post **oder** per Mail 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