

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: _____

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 Zugehöriger/ Betreuer

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"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ämter/Behörden			
Art der Beziehung: _____			

An- und Zugehöriger/ Betreuer

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"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Ämter/Behörden			
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

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

Krankenkasse:

Name	_____		
Telefon Nr.	_____	Fax Nr.:	_____
Versichertennummer:	_____		

Ort, Datum**Unterschrift** _____