

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme in ein**

**Hinweis:**

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

**Altenheim bzw. eine Pflegeeinrichtung der Wichern-Gemeinschaft Reinbek e. V.**

## Haus:

**Angaben zur Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname |  | Geburtsdatum |  |
| Nachname |  | Familienstand | verw. verh . gesch. ledig |
| Geburtsname |  | Geschlecht | weibl. männl. o.A. 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 

Aufenthaltsort vor Aufnahme: 

 (Krankenhaus/ von Zuhause)

**Aktuelle Adresse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Straße, Haus-Nr. |  | Zuzahlungsbefreiung |  ja nein  |
| PLZ, Ort |  | Patientenverfügung | seit :  |
| Bundesland |  |
|  |  |  |  |

## Angehörige /Betreuer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname |  | Vorname  |  |
| Straße |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon |  | Tel. mobil |  | E-Mail  |  |
| Vollmacht/ Betreuerausweis  | Liegt vor seit |   |  beantragt am:  |
| Art der Beziehung:  |

## Angehörige /Betreuer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nachname |  | Vorname  |  |
| Straße |  | PLZ/Ort |  |
| Telefon |  | Tel. mobil |  | E-Mail  |  |
| Vollmacht/ Betreuerausweis  |  |  beantragt am:  |
| Art der Beziehung:  |

**Rechnungsempfänger**

|  |  |
| --- | --- |
| Nachname |  |
| Vorname |  |
| Straße  |  |
| PLZ/ Ort |  |
| Rechnung per Post  | oder per Mail  | E-Mail: |  |

**Arzt / Hausarzt**

 

**Krankenkasse / Pflegekasse**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Telefon – Nr. |  | Fax - Nr. |  |
| KV – Nr.  |  |  |  |
| Beihilfeberechtigt  | ja  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