

**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	_____

**Arzt / Hausarzt**

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

**Krankenkasse:**

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

**Ort, Datum****Unterschrift** \_\_\_\_\_

Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine unverbindliche Anmeldung