

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH	Geltungsbereich: Verwaltung
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------

Aufnahmebogen

Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH Schonensche Str. 26 13189 Berlin

Telefon (030) 47 99 88 –0
Telefax (030) 47 99 88 – 28

Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Wohnanschrift

Strasse: _____

Postleitzahl und Ort: _____ Stadtbezirk: _____

Telefonnummer: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Angaben der Kinder / sonstiger Angehöriger / Vertrauenspersonen

Name der 1. Person: _____

Verwandtschaftsgrad/Bezugsart: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Name der 2. Person: _____

Verwandtschaftsgrad/Bezugsart: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Sollte der Platz an dieser Stelle nicht ausreichen, bitten wir Sie, ein gesondertes Blatt zu verwenden

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am: 01.08.2012 von: EL	Änderung am: 01.08.2012 von: Soz	Version 1 Doku Nr.C.2.1_D1	DIN EN ISO 9001:2008	Seite 1 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH	Geltungsbereich: Verwaltung
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------

Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsverfügung

- Haben Sie eine Vorsorgevollmacht? ja nein
- Haben Sie eine Patientenverfügung? ja nein
- Haben Sie eine Betreuungsverfügung? ja nein

Wer ist der/die Bevollmächtigte?

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Amtliche bzw. ehrenamtliche Betreuung

Wer ist Ihr/Ihre BetreuerIn? (Bitte den Betreuerausweis vorlegen)

Name: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Amtsgericht:: _____ Geschäftszeichen: _____ Datum: _____

Aufgabenbereiche:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Post |
| <input type="checkbox"/> Bank | <input type="checkbox"/> Vermögen |
| <input type="checkbox"/> Behörden | <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten |
| <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> _____ |

Bisher keine gesetzliche Vertretung

- Ich habe weder eine/n Bevollmächtigte/n noch eine/n Betreuer/in - **bitte vereinbaren Sie dringend einen Termin mit der Sozialarbeiterin.**

Freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 BGB:

Liegt für Sie bereits ein Beschluss über freiheitsentziehende Maßnahmen nach § 1906 BGB vor?

- ja
- nein (bei Aufnahme auf dem geschlossenen WB 1/WB 2 ist die Beantragung dringend erforderlich!)
- beantragt am: _____

Amtsgericht:: _____ Geschäftszeichen: _____

Folgende Maßnahme/n: _____

Beschluss vom: _____ Genehmigt bis: _____

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am:01.08.2012 von: EL	Änderungam:01.08.2012 von: Soz	Version 1 Doku Nr.C.2.1_D1	DIN EN ISO 9001:2008	Seite 2 von 5
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH	Geltungsbereich: Verwaltung
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------

Kostenträger (Krankenkasse, Pflegekasse, evtl. Sozialhilfeträger)

Krankenkasse:

Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

Mitgliedsnummer:

Ansprechpartner und Telefonnummer:

Sind Sie bereits von den Zuzahlungen befreit? ja nein
(Bitte das **Befreiungskärtchen in der Verwaltung** abgeben!)

Pflegekasse:

Haben Sie eine Pflegestufe? ja nein beantragt

Wenn ja, welche? 1 2 3 Härtefall (3+)

Falls Sie bereits eine Pflegestufe haben, wurde ein Antrag auf Höherstufung gestellt? ja nein

Beziehen Sie zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45a oder §87b SGB XI? ja nein

Sozialhilfeträger:

Reichen die laufenden monatlichen Einkünfte (Vermögen) zur Deckung der Kosten für die Unterkunft in unserer Einrichtung aus? ja nein

Beziehen Sie bereits Leistungen nach dem SGB XII (z. B. Grundsicherung, Hilfe zur Pflege o.ä.), SGB II (z. B. ALG I oder ALG II) oder Wohngeld? ja nein

Zuständiges Sozialamt/Jobcenter/Wohngeldamt:

Geschäftszeichen:

Sachbearbeiter (Name, Telefonnummer):

Selbstzahler/Eigenanteil

Ich wünsche für die Entrichtung meines Eigenanteils folgendes Zahlungsverfahren:

- Überweisung** - zum dritten Werktag des laufenden Monats im Voraus, unter Angabe des Namens sowie der Debitorennummer (steht auf der Rechnung).
- Rentenüberleitung** - bitte vereinbaren Sie einen Termin mit unserer Sozialarbeiterin & bringen zu diesem Termin Ihre Rentenunterlagen mit.
- Einzug mittels Lastschriftverfahren** – bitte teilen Sie uns Ihre Kontodaten mit:

Kontoinhaber: _____ Bankinstitut: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Rechnungsempfänger: Bewohner/in Bevollmächtigte/r Betreuer/in

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am: 01.08.2012 von: EL	Änderung am: 01.08.2012 von: Soz	Version 1 Doku Nr.C.2.1_D1	DIN EN ISO 9001:2008	Seite 3 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH	Geltungsbereich: Verwaltung
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------

Hausarzt bzw. Hausärztin

Bitte kontaktieren Sie Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin, ob diese/r bereit ist, Sie auch in unserer Einrichtung weiterhin durch **regelmäßige Hausbesuche** zu betreuen. Ansonsten übernehmen unsere Hausärzte gerne Ihre Versorgung!

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Ich wünsche die ärztliche Betreuung durch einen Ihrer Hausärzte.

Facharzt bzw. Fachärztin (z. B. Neurologen, Orthopäden, usw.)

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Weitere Angaben:

Schwerbehindertenausweis:

Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis? ja nein beantragt

GdB: _____ % Merkzeichen: _____ Geschäftszeichen: _____ gültig bis: _____

Eröffnung eines Verwahrgeldkontos:

Bei uns haben Sie die Möglichkeit, unentgeltlich einen Barbetrag auf einem sog. „Verwahrgeldkonto“ zu hinterlegen. Hiervon können z. B. Kiosk-Einkäufe, Apothekenrechnungen oder z. B. die Praxisgebühr abgebucht werden. Eine Abrechnung mit allen Originalbelegen erhalten Sie natürlich am Ende eines jeden Monats.

Ich wünsche die Eröffnung eines Verwahrgeldkontos: ja nein

Wäschekennzeichnung:

Gerne steht Ihnen unsere hauseigene Wäscherei zur Verfügung! Um Verluste oder Verwechslungen zu vermeiden, muss die **Wäsche** jedoch **namentlich gekennzeichnet** sein.

Mit Ihrem Einzug in unsere Einrichtung übernehmen wir selbstverständlich gerne auch das „Patchen“ der mitgebrachten Wäsche. Hierfür berechnen wir Ihnen eine einmalige Wäschekennzeichnungsgebühr von 50,-€

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am: 01.08.2012 von: EL	Änderung am: 01.08.2012 von: Soz	Version 1 Doku Nr.C.2.1_D1	DIN EN ISO 9001:2008	Seite 4 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“ GmbH	Geltungsbereich: Verwaltung
-------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------

Vorsorge für „Danach“

Haben Sie bereits für „Danach“ (Bestattung) vorgesorgt? ja nein

Name des Bestattungsinstituts: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Gerne informieren wir Sie über die Möglichkeiten hospizlicher Begleitung und stellen Kontakte her. Sprechen Sie uns einfach an!

Sonstiges

Folgendes möchte ich Ihnen noch mitteilen:

Sollten Sie noch Fragen haben oder beim Ausfüllen des Bogens Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung!

Und nun, bei all den Formalitäten:

Wir freuen uns sehr auf Sie und heißen Sie in unserer Einrichtung

Herzlich willkommen!

Ort / Datum Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin / oder Bevollmächtigte/n

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am:01.08.2012 von: EL	Änderungam:01.08.2012 von: Soz	Version 1 Doku Nr.C.2.1_D1	DIN EN ISO 9001:2008	Seite 5 von 5
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	-------------------------	------------------