Aufnahmebogen Seniorenzentrum Waldkappel

Anmeldung zur Aufnahme

Dieser Bogen erfasst alle Angaben, die wir für eine Aufnahme im Seniorenzentrum Waldkappel benötigen. Bitte füllen Sie ihn vollständig aus und legen Sie die Unterlagen aus der Checkliste (Abschnitt 8) bei.

Einrichtung	
Seniorenzentrum Waldkappel	Im Schlemmerfeld 2, 37284 Waldkappel
Ansprechpartner/in Aufnahme:	Herr Tröger, Martin (Einrichtungsleitung)
Telefon: 056564432	E-Mail: info@sz-waldkappel.de

Name, Vorname der Bewohnerin / des Bewohners:

_____

Felder, die Sie nicht beantworten können, lassen Sie bitte frei – wir klären sie gemeinsam im Aufnahmegespräch.

1. Persönliche Daten

Angabe	Eintrag
Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Geschlecht	☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers
Familienstand	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
Konfession (freiwillig)	
Staatsangehörigkeit	
Muttersprache / weitere Sprachen	
Letzte Anschrift (Straße, Nr.)	
PLZ / Ort	
Telefon	

2. Art der Aufnahme

Aufnahmeart	Zeitraum / Datum	Antrag bei der Pflegekasse gestellt am	Genehmigung liegt vor
☐ Vollstationäre Pflege	geplanter Einzug:		☐ ja ☐ nein
☐ Kurzzeitpflege	von: bis:		☐ ja ☐ nein
☐ Verhinderungspflege	von: bis:		☐ ja ☐ nein

Aufnahme erfolgt aus: ☐ häuslicher Umgebung ☐ Krankenhaus ☐ Reha-Klinik ☐ anderer Pflegeeinrichtung: _____

Bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege bringen Sie bitte eigene Inkontinenzmaterialien und Medikamente für den gesamten Aufenthalt mit.

3. Pflegegrad, Kranken- und Pflegekasse

Angabe	Eintrag
Bescheid über Pflegegrad liegt vor	☐ ja ☐ nein
Aktueller Pflegegrad	☐ PG 1 ☐ PG 2 ☐ PG 3 ☐ PG 4 ☐ PG 5
Höherstufung / Erstantrag gestellt am	
Versicherungsart	☐ gesetzlich ☐ privat
Kranken- und Pflegekasse	
Versichertennummer	
Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse	☐ ja, gültig bis: _____ ☐ nein
Beihilfeberechtigt	☐ ja, _____ % ☐ nein
Schwerbehindertenausweis	☐ ja, GdB: ____ Merkzeichen: ____ ☐ nein

Bitte legen Sie den aktuellen Pflegegradbescheid und eine Kopie der Versichertenkarte bei.

4. Gesundheit und Versorgung

Diagnosen / Besonderheiten:

Diagnose / Besonderheit	seit

Diagnose / Besonderheit	seit

Bitte legen Sie den aktuellen Medikamentenplan bei.

Angabe	Eintrag
Allergien / Unverträglichkeiten	☐ keine bekannt ☐ ja:
Besondere Kostform	☐ keine ☐ Diabetes-Kost ☐ passierte Kost ☐ vegetarisch ☐ andere:
Kontinenz	☐ kontinent ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz
Mobilität	☐ selbstständig ☐ mit Rollator ☐ mit Rollstuhl ☐ bettlägerig
Vorhandene Hilfsmittel	☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Pflegebett ☐ Hörgerät ☐ Brille ☐ Zahnprothese ☐ andere:
Bestehende Wunden / Dekubitus	☐ nein ☐ ja:
Infektionen / MRE (z. B. MRSA)	☐ nein ☐ ja: ☐ unbekannt

Hausärztin / Hausarzt

Angabe	Eintrag
Name / Praxis	
Anschrift	
Telefon / E-Mail	
Betreuung im Seniorenzentrum möglich	☐ ja ☐ nein ☐ noch zu klären
Weitere Fachärzte (Fachrichtung, Name)	
Stammapotheke	

Bei Aufnahme aus dem Krankenhaus

Angabe	Eintrag
Krankenhaus / Station	
Ansprechpartner/in (Sozialdienst)	
Telefon	

Ohne Überleitungsbogen und aktuellen Medikamentenplan ist eine Aufnahme aus dem Krankenhaus nicht möglich.

5. Rechtliche Vertretung und Angehörige

Angabe	Person 1	Person 2
Rolle	☐ Angehörige/r ☐ Bevollmächtigte/r ☐ gesetzl. Betreuer/in	☐ Angehörige/r ☐ Bevollmächtigte/r ☐ gesetzl. Betreuer/in
Name, Vorname		
Verwandtschaftsverhältnis		
Straße, Nr.		
PLZ / Ort		
Telefon		
Mobil		
E-Mail		
Erste Ansprechperson im Notfall	☐ ja	☐ ja
Erreichbar auch nachts	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Vorsorgedokumente (bitte jeweils eine Kopie beifügen)

Dokument	Vorhanden	Kopie liegt bei / wird nachgereicht am
Vorsorgevollmacht (inkl. Gesundheitssorge)	☐ ja ☐ nein	
Betreuerausweis mit Aufgabenkreisen	☐ ja ☐ nein	
Patientenverfügung	☐ ja ☐ nein	
Betreuungsverfügung	☐ ja ☐ nein	
Notfallbogen / Behandlungsplanung (ACP)	☐ ja ☐ nein	

6. Kostenübernahme und Finanzierung

Angabe	Eintrag
Die Kosten werden getragen durch	☐ Selbstzahler/in ☐ Sozialhilfeträger (Hilfe zur Pflege) ☐ teilweise beides

Angabe	Eintrag
Antrag auf Hilfe zur Pflege gestellt	☐ ja, am: _____ ☐ nein ☐ ist geplant
Sozialhilfeträger / Aktenzeichen	
Weitere Kostenträger (z. B. Berufsgenossenschaft, Unfallversicherung)	Träger: Nummer:
Rentenversicherungsträger	
Rentenversicherungsnummer	

Nachweise (bei Antrag auf Hilfe zur Pflege bitte vollständig beifügen)

- ☐ Rentenbescheid
- ☐ Bescheid über Zusatzrenten (z. B. Betriebsrente, Witwen-/Witwerrente)
- ☐ Rentenbescheid der Ehegattin / des Ehegatten
- ☐ Nachweise über weitere Einkünfte und Vermögen

SEPA-Lastschriftmandat: Selbstzahlerinnen und Selbstzahler füllen bitte das beigefügte SEPA-Formular aus.

Hinweis: Pflegewohngeld wird in Hessen nicht gewährt, ein Antrag ist daher nicht nötig.

7. Unterbringung und Vorsorge

Angabe	Eintrag
Gewünschte Unterbringung	☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ egal
Eigene Möbel / Gegenstände geplant	☐ ja: ☐ nein
Haustier	☐ nein ☐ ja (Absprache erforderlich):
Telefonanschluss gewünscht	☐ ja ☐ nein
TV-/Rundfunkanschluss gewünscht	☐ ja ☐ nein
Biografiebogen beigefügt	☐ ja ☐ wird nachgereicht
Bestattungsvorsorge getroffen	☐ ja ☐ nein
Bestattungsinstitut (Name, Anschrift, Telefon)	
Besondere Wünsche (z. B. Seelsorge, Rituale)	

8. Checkliste Unterlagen

Bitte vor dem Einzug vollständig einreichen; fehlende Unterlagen können die Aufnahme verzögern.

Unterlage	liegt bei	wird nachgereicht
Kopie Personalausweis	☐	☐
Kopie Versichertenkarte	☐	☐
Bescheid über den Pflegegrad	☐	☐
Genehmigung Kurzzeit-/Verhinderungspflege	☐	☐
Ärztlicher Bericht / Arztbrief	☐	☐
Aktueller Medikamentenplan	☐	☐
Überleitungsbogen (bei Aufnahme aus Klinik)	☐	☐
Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis	☐	☐
Patientenverfügung	☐	☐
Rentenbescheid(e), Einkommensnachweise	☐	☐
Bescheid / Antrag Hilfe zur Pflege	☐	☐
Befreiungsausweis Zuzahlungen	☐	☐
Schwerbehindertenausweis	☐	☐
Biografiebogen	☐	☐
SEPA-Lastschriftmandat (Selbstzahler)	☐	☐
Impfpass	☐	☐

9. Einwilligung und Unterschriften

Ich bestätige, dass die Angaben in diesem Bogen richtig und vollständig sind. Änderungen teile ich dem Seniorenzentrum Waldkappel unverzüglich mit.

Ich willige ein, dass das Seniorenzentrum Waldkappel meine Angaben, einschließlich der Gesundheitsdaten, zur Prüfung und Durchführung der Aufnahme verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit. b und Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO). Die Datenschutzinformation habe ich erhalten. Kommt es nicht zu einer Aufnahme, werden die Daten gelöscht, sofern keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht besteht.

	Antragsteller/in	Seniorenzentrum Waldkappel
Ort, Datum		
Unterschrift		
Unterzeichnet als	☐ Bewohner/in ☐ Angehörige/r ☐ Bevollmächtigte/r ☐ Betreuer/in	Funktion:

Freiwillige Angabe: Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung von Bekannten ☐ Hausarzt / Klinik / Sozialdienst ☐ Pflegestützpunkt ☐ Internet ☐ Zeitung ☐ Veranstaltung im Haus ☐ Sonstiges: _____

Interner Bearbeitungsvermerk (nur von der Einrichtung auszufüllen)

Schritt	Datum	Kürzel
Anmeldung eingegangen		
Aufnahmegespräch / Besichtigung		
Unterlagen vollständig geprüft		
Freier Platz / Zimmer-Nr. zugeordnet		
Heimvertrag ausgehändigt		
Einzug erfolgt		
Daten in Medifox angelegt		

Bemerkungen: _____