

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	<b>Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“</b>	Geltungsbereich: Verwaltung
---	---	--------------------------------

## Aufnahmebogen

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

e mail: info@haus-am-park-berlin.de  
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: 23.12.2021 von: QB	Version 4 Doku Nr.C.2.1_D1	Seite 1 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	<b>Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“</b>	Geltungsbereich: Verwaltung
---	---	--------------------------------

<b>Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Betreuungsverfügung</b>
---

- 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: \_\_\_\_\_

<b>Amtliche bzw. ehrenamtliche Betreuung</b>
--

**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"/> _____                   |

<b>Bisher keine gesetzliche Vertretung</b>
--

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

<b>Freiheitsentziehende Maßnahmen nach §1906 BGB:</b>
---

**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	Änderung am:23.12.2021 von: QB	Version 4 Doku Nr.C.2.1_D1	Seite 2 von 5
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	<b>Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“</b>	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 bereits einen Pflegegrad?  ja  nein  beantragt

Wenn ja, welche?  1  2  3  4  5

Falls Sie bereits einen Pflegegrad haben, wurde ein Antrag auf Höherstufung gestellt?  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:  
beantragt

Bewohner/in

Bevollmächtigte/r

Betreuer/in

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am: 01.08.2012 von: EL	Änderung am: 23.12.2021 von: QB	Version 4 Doku Nr.C.2.1_D1	Seite 3 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	<b>Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“</b>	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.

Erstellt am: 07.10.2010 von: PDL	Freigabe am: 01.08.2012 von: EL	Änderung am: 23.12.2021 von: QB	Version 4 Doku Nr. C.2.1_D1	Seite 4 von 5
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	------------------

Qualitätsmanagement QM-Handbuch Kapitel C	<b>Senioren- und Therapiezentrum „Haus am Park“</b>	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	Änderung am:23.12.2021 von: QB	Version 4 Doku Nr.C.2.1_D1	Seite 5 von 5
-------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------	------------------