

Sozialstiftung Köpenick
Kurzzeitpflege Werlseestraße
2.1.1 B Wohn- und Betreuungsvertrag
Anlage 1.5 - Anmeldung zur Aufnahme Stand: 10.08.2023

Ansprechpartnerin: Bitte vorab telefonisch Termine vereinbaren

Frau Ehlert (Einrichtungsleitung)

- Tel.: 030 6442 104 • Fax: 030 6442 105 • E-Mail: c.ehlert@sozialstiftung-koepenick.de
- **Sprechzeit:** Mittwoch 13.00 - 18.00 Uhr

Herr Hoffmann (Verwaltung im Aufnahme- und Entlassungsmanagement)

- Tel.: 030 6442 104 • Fax: 030 6442 105 • E-Mail: kup@sozialstiftung-koepenick.de

Sprechzeit: Montag bis Freitag 09.00 - 14.00 Uhr und nach Vereinbarung

Anmeldung zur Aufnahme

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung!

Aufnahme gewünscht von _____

bis _____

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: _____

Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

2. Angehörige / Bekannte

2.1 Person 1

Name, Vorname: _____

Verhältnis: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Mobil: _____

2.2 Person 2

Name, Vorname: _____

Verhältnis: _____

Adresse: _____



Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

3. Gesetzliche Betreuung

- keine amtliche Betreuung Betreuung liegt vor

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

- Betreuung wurde beantragt durch: _____

oder sonstige Vollmachten

- Generalvollmacht, Allgemeine Vollmacht, Vorsorgevollmacht Bankvollmacht

Bevollmächtigte*r

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Mobil: _____

- Es liegen keine Vollmachten vor.

- Liegt der Krankenkasse/Pflegekasse Ihre Vollmacht/Betreuerausweis vor?**

ja nein

4. Pflegegrad

Krankenkasse/Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 beantragt

Antrag auf Pflege nach § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) gestellt ja nein



- Antrag auf Pflege nach § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege) gestellt ja nein
- Antrag auf Pflege nach §39c SGB V bei nicht bestehendem Pflegegrad wurde gestellt ja nein
- Liegt der Pflegegradbescheid vor ja nein
- Wieviel Entlastungsbetrag liegt für sie bei der Pflegekasse per Aufnahme bereit? ja nein
- Wurde eine zusätzliche externe Betreuung in der Kurzzeitpflege organisiert? ja nein

5. Ärzte

5.1 Hausarzt

Name, Vorname: _____

Tel.: _____

Fax: _____

Übernimmt ihr Hausarzt die Betreuung weiter? ja nein

Wünschen Sie die Vermittlung eines Hausarztes in der Nähe der Kurzzeitpflege? ja nein

5.2 Fachärzte

Name: _____

Tel.: _____

Fax: _____

6. Wünsche

Wunschkrankenhaus: _____ keine Krankenhauseinweisung gewünscht

Seelsorge erwünscht: ja nein vorhandene Patientenverfügung

häusliche Versorgung: _____

Beerdigungswunsch: Feuerbestattung

Erdbestellung

Bestattungsinstitut _____



7. Kosten

Ist ein Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten durch den zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen: ja nein

Zuständiges Sozialamt: _____

bereits bestehende Kundennummer: _____

8. Rechnungsempfänger

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

9. Zurzeit geplante Versorgung nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege?

- Reha Wohngruppe Tagesstätte Vollstationäre Planung Hospiz Krankenhaus
 Entlassung in die Häuslichkeit **mit** Hauskrankenpflege Pflege durch pflegende Angehörige

10. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden

- Persönliche Empfehlung Medien öffentliche Veranstaltungen
 Vermittlung durch Krankenhäuser/Hauskrankenpflege/Reha

11. Apothekenwahl

- Ich möchte mit allen benötigten Arzneimitteln von folgender Apotheke beliefert werden:

Name: _____

Tel.: _____

Fax: _____

- Hiermit erteile ich widerruflich die Zustimmung, mich während des Aufenthaltes mit allen benötigten Arzneimitteln von der versorgenden Apotheke der Kurzzeitpflege Werlseestraße beliefern zu lassen.

12. Informationspflicht zum Datenschutz gemäß EU-DSGVO und BDSG

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die in diesem Antrag zur Aufnahme erfassten Daten zum Zweck der Aufnahme in unserer Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw. Interessenbekundung gespeichert werden.

Datum

Unterschrift



13. Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Aufnahme in die Kurzzeitpflege Werlseestraße geplant

von	_____	bis	_____	KUP§ 42 SGB XI
von	_____	bis	_____	VHP§ 39 SGB XI
von	_____	bis	_____	Selbstzahler*in
von	_____	bis	_____	KUP§ 39c SGBV

bestehender Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegegrad beantragt kein Pflegegrad beantragt Höherstufung beantragt

Zimmer-Nr.

Datum/Unterschrift/Einrichtungsleitung

Meldung über erfolgte Aufnahme an die Debitorenbuchhaltung

Erfolgt über An- und Abmeldung Formular 2.1.6.1 B durch Fachkraft im Nachtdienst

erledigt

Handzeichen: _____