

<b>Alten- und Pflegezentrum Flintbek</b>  Hörn 12 24220 Flintbek  IK 510 103 629		<b>Alten- und Pflegeheim „Zum Wardersee“</b>  Schulstraße 6 24646 Warder  IK 510 103 696		<b>„Huus an de Eider“ GmbH</b>  An de Eider 5 24809 Nübbel  IK 512 106 272
---	---	---	--	---

Gesamtverwaltung - Sitz Flintbek - Tel.: 04347/900710 Fax: 04347/900720  
[www.pcflintbek.de](http://www.pcflintbek.de) [info@pcflintbek.de](mailto:info@pcflintbek.de)

**7.2.1 Anfrage- und Aufnahmeformular**

**Telefonische Anfrage**      
 **Erstgespräch**      
 **Warteliste**

Anfragedatum: \_\_\_\_\_  
 Dringlichkeit: \_\_\_\_\_ Folgegespräch (verbindlicher Termin): \_\_\_\_\_  
 Name des Anfragenden \_\_\_\_\_  
 Verhältnis zum potentiellen Pflegekunden: \_\_\_\_\_

**1. Persönliche Stammdaten (des potenziellen Bewohners)**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Leistungsbescheid vom: \_\_\_\_\_  
 Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
 Konfession/Religion: \_\_\_\_\_ Rentennr.: \_\_\_\_\_ LVA  BVA   
 Letzte Anschrift: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_  
 Krankenhaus  Reha-Klinik  siehe oben   
 Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse: \_\_\_\_\_ gesetzlich  privat

Hausarzt (Name, Tel., Fax.) \_\_\_\_\_  
 Fachärzte: \_\_\_\_\_

**2. Nächste Angehörige/Bezugspersonen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel./Fax/mobil: \_\_\_\_\_  
 Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_  
 Betreuung: ja  nein  beantragt   
 Art der Betreuung: \_\_\_\_\_  
 Name und Anschrift des Betreuers: \_\_\_\_\_

**! Zusatz !**

Liegt eine bekannte Infektionserkrankung (MRSA o.ä.) vor  
 Nein  Ja  genaue Diagnose: \_\_\_\_\_

Freigabe	Version	erarbeitet von	Datum	Überarbeitung
Qualitätszirkel	5	QZ, Köfer, Lippmann	03.08.2017	Bei Bedarf!

<b>Alten- und Pflegezentrum Flintbek</b>  Hörn 12 24220 Flintbek  IK 510 103 629		<b>Alten- und Pflegeheim „Zum Wardersee“</b>  Schulstraße 6 24646 Warder  IK 510 103 696		<b>„Huus an de Eider“ GmbH</b>  An de Eider 5 24809 Nübbel  IK 512 106 272
---	---	---	--	---

Gesamtverwaltung - Sitz Flintbek - Tel.: 04347/900710 Fax: 04347/900720  
[www.pcflintbek.de](http://www.pcflintbek.de) [info@pcflintbek.de](mailto:info@pcflintbek.de)

**7.2.1 Anfrage- und Aufnahmeformular**

**3. Weitere Angehörige/Bezugspersonen:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Tel./Fax/mobil: \_\_\_\_\_  
Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Betreuung: ja  nein  beantragt   
Art der Betreuung:  
Name und Anschrift des Betreuers:

**4. Gewünschtes Aufnahmedatum:**

**5. Unterbringungswunsch**

Einzelzimmer  Doppelzimmer   
Doppelzimmer als Einzelzimmer

**6. Unterbringungsdauer**

Verhinderungspflege  Langzeitpflege

**7. Zimmernummer:**

**8. Grad der Pflegebedürftigkeit**

MDK Besuch erfolgt: ja  nein  Datum \_\_\_\_\_  
Pflegeeinstufung erfolgt: ja  nein  Datum \_\_\_\_\_  
Höherstufungsantrag gestellt: ja  nein  Datum \_\_\_\_\_

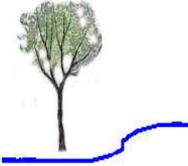
**9. Wäscheversorgung**

Anzahl Wäschennamen:  
Wäschennamen einnähen: Angehörige:  Selbständig:  Andere:

**10. Versorgungswünsche und -vorstellungen/Erwartungen an die Einrichtung**

(Angaben insbesondere bezogen auf Demenzversorgung und Freizeitangebote)

Freigabe	Version	erarbeitet von	Datum	Überarbeitung
Qualitätszirkel	5	QZ, Köfer, Lippmann	03.08.2017	Bei Bedarf!

<b>Alten- und Pflegezentrum Flintbek</b>  Hörn 12 24220 Flintbek  IK 510 103 629		<b>Alten- und Pflegeheim „Zum Wardersee“</b>  Schulstraße 6 24646 Warder  IK 510 103 696		<b>„Huus an de Eider“ GmbH</b>  An de Eider 5 24809 Nübbel  IK 512 106 272
---	---	---	--	---

Gesamtverwaltung - Sitz Flintbek - Tel.: 04347/900710 Fax: 04347/900720  
[www.pcfintbek.de](http://www.pcfintbek.de) [info@pcfintbek.de](mailto:info@pcfintbek.de)

### 7.2.1 Anfrage- und Aufnahmeformular

7.2.1 Anfrage- und Aufnahmeformular

**11. Finanzierung**

Selbstzahler

Bankverbindung:  IBAN: DE  
 BIC:

Sozialhilfeempfänger:

Zuständiges Sozialamt:  Aktenzeichen:

Sollen Heimpflegekosten eingezogen werden? ja  nein

Rechnung an wen?  
 Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

**12. Beihilfeberechtigung\***

ja  nein

\*(nur zutreffend bei Beamten und deren verwitweten Ehepartnern)

**13. Vorliegende Unterlagen (Zutreffendes bitte ankreuzen)**

richterliche Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>
Rentenunterlagen	<input type="checkbox"/>	Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/>
Krankenversichertenkarte	<input type="checkbox"/>	Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/>
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/>	Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/>
ärztliche Bescheinigung	<input type="checkbox"/>	Einstufung der Pflege	<input type="checkbox"/>
Rentenabtretungserklärung	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

7.2.1 Anfrage- und Aufnahmeformular

Freigabe	Version	erarbeitet von	Datum	Überarbeitung
Qualitätszirkel	5	QZ, Köfer, Lippmann	03.08.2017	Bei Bedarf!