

Werlseestraße 37 - 39 a
12587 Berlin

Tel.: 030 6442-230/-231/-241

Fax: 030 6442-299

E-Mail: sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de

www.sozialstiftung-koepenick.de

Mitarbeiterinnen des Sozialdienstes:

Frau Bochmann, Frau Pohl, Frau Lyrath

Sprechzeiten in der Werlseestraße 39a, 2. Etage:

Dienstag, Mittwoch, Donnerstag

von 14.00 bis 17.00 Uhr und nach Vereinbarung

Sprechzeit im hist. Rathaus Friedrichshagen, Ebene 2, Raum 2:

1. Mittwoch im Monat, von 10.00 bis 12.00 Uhr

Anmeldung zur Aufnahme

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung!

Aufnahme gewünscht ab: _____

1. Persönliche Angaben:

Name, Vorname: _____ Familienstand: _____

Geburtsname: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum/ -ort: _____

Adresse: _____

_____ Tel.: _____

Aufenthaltort derzeitig: _____

2. Angehörige bzw. Ansprechpartner/in für das Aufnahmeverfahren

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Verhältnis: _____

E-Mail: _____

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ Verhältnis: _____

E-Mail: _____

3. Gesetzliche Betreuung

beantragt besteht keine

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

oder sonstige Vollmachten:

Generalvollmacht

Allgemeine Vollmacht / Vorsorgevollmacht

Bankvollmacht

keine

Bevollmächtigte/r:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Aufgabenkreise:

Aufenthalt

Gesundheit

Vermögen

Post

Wohnungsangelegenheiten

Behörden

4. Pflegegrad

Krankenkasse / Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____

Pflegegrad aus dem ambulanten Bereich:

1 2 3 4 5

Höherstufungsantrag im ambulanten Bereich gestellt:

ja, am _____

nein

Pflegegrad für vollstationäre Pflege vorhanden:

1 2 3 4 5

nicht vorhanden ⇒ Pflegegrad nach Einschätzung der Einrichtung: _____

Vollstationäre Pflege wurde beantragt am _____ bei _____

5. Hausarzt

Name: _____

Praxisanschrift: _____

Tel.: _____

Übernimmt Hausarzt Betreuung weiter?: ja nein

6. Kosten

Selbstzahler

Sozialhilfe wird beantragt

Erhalten Sie beamtenrechtliche Ansprüche oder

Leistungen der Kriegsopferfürsorge

7. Rechnungsempfänger

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

8. Informationspflicht nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (gemäß § 3 WVBG)

Die vorvertragliche Information – allgemein wurde am _____ ausgehändigt.

9. Informationspflicht zum Datenschutz gemäß EU-DSGVO und BDSG

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die in diesem Aufnahmeantrag erfassten Daten zum Zweck der Aufnahme in unserer Einrichtung bzw. Interessenbekundung gespeichert werden.

Bei erfolgreicher Vermittlung eines Platzes werden die erfassten Daten weiter zur Erfüllung des Vertrages verwendet. Die Daten der Angehörigen, Bevollmächtigten und Betreuer werden zukünftig für die Kontaktierung im Rahmen des Wohn- und Betreuungsvertrages genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse angegeben haben, erhalten Sie Informationen seitens der Sozialstiftung Köpenick und des Seniorenzentrums per Mail. Die Informationsübermittlung per E-Mail können Sie jederzeit widerrufen. Im Falle eines Widerrufs erhalten Sie keine Informationen mehr von uns zugesandt. Nehmen Sie in diesen Fällen mit uns Kontakt auf: über E-Mail info@sozialstiftung.de oder per Brief an Sozialstiftung Köpenick, Werlseestraße 37 - 39a in 12587 Berlin.

Datum

Unterschrift

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Nicht vom Antragsteller auszufüllen:

Aufnahme in das Seniorenzentrum Köpenick

am _____

von _____ bis _____

Haus: 1 2 3

Zimmer Nr.: _____ Einbettzimmer

Information an die DEBU:

- PEG
- Wechsel der Einrichtung
- Freihaltegeld

Zweibettzimmer

Datum/Unterschrift
Sozialdienst

Datum/Unterschrift
Wohnbereichsleitung

Datum/Unterschrift
MA Pflegeleitung

Hausbesuch erfolgte am: _____

Anmerkungen: _____
