

Werlseestraße 37 - 39 a  
12587 Berlin

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

Fax: 030 6442-299

E-Mail: [sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de](mailto:sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de)

[www.sozialstiftung-koepenick.de](http://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 derzeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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

Vermögen

Wohnungsangelegenheiten

Gesundheit

Post

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. Schutzimpfung gegen COVID-19**

Haben Sie die Schutzimpfung gegen COVID-19 erhalten, benötigen wir den Impfnachweis.

Für die Statistik werden die Impftermine erfasst:

Angaben zu den Impfterminen: \_\_\_\_\_

Sie wurden noch nicht geimpft und haben ein Interesse an der Impfung?

ja             nein

## **7. Kosten**

Selbstzahler             Sozialhilfe wird beantragt

## **8. Rechnungsempfänger**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## **9. Informationspflicht nach dem Wohn- und Betreuungsgesetz (gemäß § 3 WVG)**

Die vorvertragliche Information – allgemein wurde am \_\_\_\_\_ ausgehändigt.

## **10. 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](mailto: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 Pflegedienstleitung

Hausbesuch erfolgte am: \_\_\_\_\_

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_