

Sozialstiftung Köpenick  
Seniorenzentrum Köpenick  
Werlseestraße 37-39a  
12587 Berlin-Friedrichshagen  
www.sozialstiftung.de



## Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Köpenick

Veröffentlichungsdatum: **01.03.2023**

### Sozialdienst

Telefon: +49 (0)30 6442-230/-231/-241

Sprechzeit: Donnerstag, von 14:00 bis 17:00 Uhr

Telefax: +49 (0)30 6442-299

und nach Vereinbarung

E-Mail: sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de

im Haus 3, Etage 2 in den Räumen 217, 224 und 225

**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/ Vollmachten/ Patientenverfügung

<b>Gesetzliche Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> besteht <input type="checkbox"/> keine
Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Tel.: _____
oder <b>sonstige Vollmachten:</b>
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Allgemeine Vollmacht/ Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Bankvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> keine
<b>Bevollmächtigte*r:</b>
Name, Vorname: _____
Adresse: _____
Tel.: _____
<b>Aufgabenkreise:</b>
<input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Behörden

### 4. Pflegegrad

Krankenkasse/ Pflegekasse: _____	Versichertennummer: _____
<b>Pflegegrad aus dem ambulanten Bereich:</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>Höherstufungsantrag im ambulanten Bereich gestellt:</b>	
<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein	
<b>Pflegegrad für vollstationäre Pflege vorhanden:</b>	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	Pflegegrad nach Einschätzung der Einrichtung: _____
Vollstationäre Pflege wurde beantragt am _____ bei _____	

### 5. Hausarzt

Name: _____	
Praxisanschrift: _____	Tel.: _____
Übernimmt der Hausarzt weiterhin die Betreuung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	



## 6. Schutzimpfung gegen COVID-19

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

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

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

## 7. Kosten

Selbstzahler  Sozialhilfe wird beantragt

## 8. Rechnungsempfänger

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_

## 9. Informationspflicht nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (gem. § 3 WVBVG)

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

## 10. Informationspflicht zum Datenschutz gem. 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 Informations-übermittlung 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.

Berlin, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Bewohner oder bevollmächtigter  
Vertreter/Betreuer



**Nicht vom Antragsteller auszufüllen:**

**Aufnahme in das Seniorenzentrum Köpenick:**

am: \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haus:  1  2  3

Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_  Einbettzimmer  Zweibettzimmer

**Information an die Debu:**

- PEG
- Wechsel der Einrichtung
- Vorhaltepauschale

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
Sozialdienst

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
Wohnbereichsleitung

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
Pflegedienstleitung

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

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