

Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Köpenick

Veröffentlichungsdatum: **01.03.2023**

Sozialdienst

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

Telefax: +49 (0)30 6442-299

E-Mail: sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de

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

und nach Vereinbarung

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

Aufnahme gewünscht ab:

1. Persönliche Angaben

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Familienstand:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>		
Aufenthaltort derzeitig:	<input type="text"/>		

2. Angehörige bzw. Ansprechpartner*in für das Aufnahmeverfahren

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	Verhältnis:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	Verhältnis:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		



3. Gesetzliche Betreuung/ Vollmachten/ Patientenverfügung

Gesetzliche Betreuung: beantragt besteht keine

Name, Vorname:

Adresse:

Tel.:

oder **sonstige Vollmachten:**

Generalvollmacht Allgemeine Vollmacht/ Vorsorgevollmacht

Bankvollmacht Patientenverfügung 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 der Hausarzt weiterhin die Betreuung? ja 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 WVG)

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 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 Seniorencentrum 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: