

Sozialstiftung Köpenick  
Kurzzeitpflege Werlseestraße  
2.1.1 B Wohn- und Betreuungsvertrag  
Anlage 1.5 - Anmeldung zur Aufnahme Stand: 10.08.2023

**Ansprechpartnerin: Bitte vorab telefonisch Termine vereinbaren**

Frau Ehlert (Einrichtungsleitung)

- Tel.: 030 6442 104 • Fax: 030 6442 105 • E-Mail: [c.ehlert@sozialstiftung-koepenick.de](mailto:c.ehlert@sozialstiftung-koepenick.de)
- **Sprechzeit:** Mittwoch 13.00 - 18.00 Uhr

Herr Hoffmann (Verwaltung im Aufnahme- und Entlassungsmanagement)

- Tel.: 030 6442 104 • Fax: 030 6442 105 • E-Mail: [kup@sozialstiftung-koepenick.de](mailto:kup@sozialstiftung-koepenick.de)

**Sprechzeit:** Montag bis Freitag 09.00 - 14.00 Uhr und nach Vereinbarung

**Anmeldung zur Aufnahme**  
**Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung!**

Aufnahme gewünscht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 1. Persönliche Angaben

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## 2. Angehörige / Bekannte

### 2.1 Person 1

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verhältnis: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### 2.2 Person 2

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verhältnis: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_



Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

### 3. Gesetzliche Betreuung

- keine amtliche Betreuung  Betreuung liegt vor

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

- Betreuung wurde beantragt durch: \_\_\_\_\_

#### oder sonstige Vollmachten

- Generalvollmacht, Allgemeine Vollmacht, Vorsorgevollmacht  Bankvollmacht

#### Bevollmächtigte\*r

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

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

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

- Es liegen keine Vollmachten vor.

- Liegt der Krankenkasse/Pflegekasse Ihre Vollmacht/Betreuerausweis vor?**

- ja  nein

### 4. Pflegegrad

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt

Antrag auf Pflege nach § 39 SGB XI (Verhinderungspflege) gestellt  ja  nein



- Antrag auf Pflege nach § 42 SGB XI (Kurzzeitpflege) gestellt  ja  nein
- Antrag auf Pflege nach §39c SGB V bei nicht bestehendem Pflegegrad wurde gestellt  ja  nein
- Liegt der Pflegegradbescheid vor  ja  nein
- Wieviel Entlastungsbetrag liegt für sie bei der Pflegekasse per Aufnahme bereit?  ja  nein
- Wurde eine zusätzliche externe Betreuung in der Kurzzeitpflege organisiert?  ja  nein

## 5. Ärzte

### 5.1 Hausarzt

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

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

Fax: \_\_\_\_\_

- Übernimmt ihr Hausarzt die Betreuung weiter?  ja  nein
- Wünschen Sie die Vermittlung eines Hausarztes in der Nähe der Kurzzeitpflege?  ja  nein

### 5.2 Fachärzte

Name: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

## 6. Wünsche

Wunschkrankenhaus: \_\_\_\_\_  keine Krankenhauseinweisung gewünscht

Seelsorge erwünscht:  ja  nein  vorhandene Patientenverfügung

häusliche Versorgung: \_\_\_\_\_

- Beerdigungswunsch:  Feuerbestattung
- Erdbestellung
- Bestattungsinstitut \_\_\_\_\_



## 7. Kosten

Ist ein Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten durch den zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen:  ja  nein

Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

bereits bestehende Kundennummer: \_\_\_\_\_

## 8. Rechnungsempfänger

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

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

9. Zurzeit geplante Versorgung nach dem Aufenthalt in der Kurzzeitpflege?

- Reha  Wohngruppe  Tagesstätte  Vollstationäre Planung  Hospiz  Krankenhaus  
 Entlassung in die Häuslichkeit **mit**  Hauskrankenpflege  Pflege durch pflegende Angehörige

## 10. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden

- Persönliche Empfehlung  Medien  öffentliche Veranstaltungen  
 Vermittlung durch Krankenhäuser/Hauskrankenpflege/Reha

## 11. Apothekenwahl

- Ich möchte mit allen benötigten Arzneimitteln von folgender Apotheke beliefert werden:

Name: \_\_\_\_\_

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

Fax: \_\_\_\_\_

- Hiermit erteile ich widerruflich die Zustimmung, mich während des Aufenthaltes mit allen benötigten Arzneimitteln von der versorgenden Apotheke der Kurzzeitpflege Werlseestraße beliefern zu lassen.

## 12. Informationspflicht zum Datenschutz gemäß EU-DSGVO und BDSG

Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die in diesem Antrag zur Aufnahme erfassten Daten zum Zweck der Aufnahme in unserer Kurzzeitpflegeeinrichtung bzw. Interessenbekundung gespeichert werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



### 13. Nicht vom Antragsteller auszufüllen

Aufnahme in die Kurzzeitpflege Werlseestraße geplant

von	_____	bis	_____	KUP§ 42 SGB XI
von	_____	bis	_____	VHP§ 39 SGB XI
von	_____	bis	_____	Selbstzahler*in
von	_____	bis	_____	KUP§ 39c SGBV

bestehender Pflegegrad  1  2  3  4  5

Pflegegrad beantragt  kein Pflegegrad beantragt  Höherstufung beantragt

\_\_\_\_\_  
Zimmer-Nr.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift/Einrichtungsleitung

#### Meldung über erfolgte Aufnahme an die Debitorenbuchhaltung

Erfolgt über An- und Abmeldung Formular 2.1.6.1 B durch Fachkraft im Nachtdienst

erledigt

Handzeichen: \_\_\_\_\_