

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



## Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Köpenick

Veröffentlichungsdatum: 20.12.2021

### Sozialdienst

Telefon: +49 (0)30 6442-230/-231/-241  
Telefax: +49 (0)30 6442-299  
E-Mail: sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de

**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

**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 WBVG)

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_