

Eingangsvermerke:	
Aufnahme-Nr.:	
Aufnahme-Datum:	
<b>A</b> =Aufnahme Vollstationär:	<input type="checkbox"/>
Zimmer/Wohnbereich:	<input type="checkbox"/>
<b>V</b> =Verhinderungspflege:	<input type="checkbox"/>
<b>K</b> = Kurzzeitpflege:	<input type="checkbox"/>

**Seniorenzentrum Caputh**  
**Seestraße 1, 14548 Schwielowsee**  
**Tel. / Fax: 033209 – 84 200/ - 84 201**  
**Email:**  
**jeff.salpeter@diakonissenhaus.de**

## Anmeldung zur Aufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname, Geburtsname				
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort		Telefon	
3. Derzeitige Anschrift:				
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort		
5. Familienstand		6.Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:	
8. Angehörige 1)	Name		Telefon	
	wie verwandt	Funk	Mail	
	Straße/PLZ/Ort			
	2)	Name		Telefon
		wie verwandt	Funk	Mail
		Straße/PLZ/Ort		
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
<input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Mail/Funk	Telefon		
10. Hausarzt	Name		Telefon	
	Straße/PLZ/Ort			
11. Sozialhilfeträger  Welches Sozialamt ist zuständig?	Name		Telefon	
	Straße/PLZ/Ort			
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name		Telefon	
	Straße		Mitglieds Nr.-	
	PLZ/Ort		Beihilfeanspruch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:	zusätzl. Betreuung gem. § 43 b SGB <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Sozialhilfe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme:	
15. Besonderheiten				
16. Persönl. Identifikat.- Nr.			VVI ausgehändigt Datum:	
Unterschrift des Antragstellers:		Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:		
Ort, Datum				

17. Rechnungsempfänger	Name			
	Straße			
	PLZ/Ort			
18. Einzugsermächtigung	(bitte Kopie als Anlage)	Ja	Nein	
19. Bescheid der Pflegekasse (bitte In Kopie als Anlage)				

Inkontinenz	Ja ab:	Nein
Sondennahrung	Ja ab	Nein
Zuzahlungsbefreiung	Ja ab	Nein

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

---

- Krankenhaus                      Name, Ort: .....
- Tagesklinik                        Name, Ort: .....
- Kurzzeitpflege                    Name, Ort: .....
- amb. Pflegedienst                Name, Ort: .....
- Tagesstätte                        Name, Ort: .....
- Hausarzt                            Name, Ort: .....
- Facharzt                            Name, Ort: .....
- Betreuungsbehörde              Name, Ort: .....
- Betreuer
- Beratungsstelle                  Name, Ort: .....
- Apotheke                            Name, Ort: .....
- Physiotherapie                    Name, Ort: .....
- Bekannte/ Familie
- Internet/ Eigenrecherche
- Inserat Zeitung                  welche: .....
- Beilage Zeitung/ Zeitschrift
- sonstiges                            .....