



# QUALITÄTSHANDBUCH

4.12 Einzugskonzept

St. Elisabeth  
Seniorenheim  
Fichtenweg 17 -29  
13587 Berlin

## 4.12.1 Anmeldung für einen Platz in unserer Einrichtung

**Eingangsdatum der Anmeldung in unserer Einrichtung:**

**Achtung! Die Wartezeit für ein Einzelzimmer beträgt ca. 1 – 2 Jahre!**

**Unterbringungswunsch:**             Einzelzimmer             Doppelzimmer

**Einzug geplant ab:** \_\_\_\_\_

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

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Hauptwohnsitz:** Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

derzeit. Aufenthalt: Bezeichnung: \_\_\_\_\_

**1. Angehöriger:** Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

**Name:** PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**2. Angehöriger:** Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

**Name:** PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnr.: \_\_\_\_\_

Rezeptgebühren befreit:     ja     nein

Besteht Beihilfeanspruch     ja     nein

Freigabe Licht	Erstellt durch Reimer	Datum 25.08.2020	Version 5	Seite 1 von 2
-------------------	--------------------------	---------------------	--------------	------------------



# QUALITÄTSHANDBUCH

4.12 Einzugskonzept

St. Elisabeth  
Seniorenheim  
Fichtenweg 17 -29  
13587 Berlin

## 4.12.1 Anmeldung für einen Platz in unserer Einrichtung

**Pflegebescheid:**  liegt vor  liegt nicht vor  ist beantragt  
Für:  Hauspflege  stationäre Pflege  Eingeschränkte Alterskompetenz  
Pflegegrad:  2  3  4  5 Höhergradung beantragt:  ja  nein

### Betreuung, Vollmacht, Patientenverfügung:

Liegt eine Patientenverfügung vor  ja  nein  
Besteht gesetzliche Betreuung?  ja  nein  ist beantragt  
Liegt eine private / notarielle Vollmacht vor  ja  nein  
Für welche Aufgabengebiete:  Aufenthalt  Vermögen  Gesundheit  
 Vertretung vor Behörden  
 Wohnungsangelegenheiten  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** Name: \_\_\_\_\_

Übernimmt der Arzt nach Aufnahme im Heim die Behandlung weiter?  ja  nein

**Kostenträger:**  Selbstzahler  Sozialhilfe beantragen  
 bezieht bereits Sozialhilfe Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**Bestattungsvorsorge:** Bestattungswunsch:  Erdbestattung  Feuerbestattung  
bei welchem Unternehmen: \_\_\_\_\_

### Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

behandelnder Arzt / Krankenhaus  Bekannte  Pfarrer  
 Internet  sonstige: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Freigabe Licht	Erstellt durch Reimer	Datum 25.08.2020	Version 5	Seite 2 von 2
-------------------	--------------------------	---------------------	--------------	------------------