

 Schwesternschaft Wallmenich-Haus vom BRK e.V.	<h2>Qualitätsmanagement</h2>	<b>Qualitätshandbuch</b>  Clementine v. Wallmenich-Haus Wohn- und Pflegezentrum
	3.1 Aufnahme einer Bewohner*in 3.1.2.1 Anlage 1 Anmeldung mit Erstgespräch	

## Anmeldung zur Aufnahme

Datum: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege

Stationäre Aufnahme

Einzugstermin: voraussichtliche Tageszeit: \_\_\_\_\_

Gesprächspartner*in	Name/Vorname
Bewohner*in	
Angehöriger (Beziehung)	
Betreuer*in/Bevollmächtigter*in	

### 1. Personalien

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_ Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Konf.: \_\_\_\_\_

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

Hausärzt\*in: \_\_\_\_\_ Fachärzte: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe: ja  nein

Befreiungsausweis: ja  nein  (Versichertenkarte und Befreiungsausweis bitte mitbringen)

### 2. Anschrift der Angehörigen bzw. der Betreuer\*in/Bevollmächtigten:

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

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

Tel.1.: \_\_\_\_\_ Tel.2.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Vertretung bzw. Urlaubsanschrift: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht bzw. Betreuung vorhanden: ja  nein  (wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

Patientenverfügung vorhanden: ja  nein  (wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

Richterlicher Beschluss über Fixierungsmaßnahmen vorhanden: ja  nein  (bitte mitbringen)

3. Telefon gewünscht ja  nein  Fernseher vom Haus ja  nein

4. Schwerbehindertenausweis: ja  \_\_\_\_\_ % Merkzeichen: \_\_\_\_\_ nein:

### 5. Wäsche

Wäsche im Haus waschen: ja  nein

Wäscheetiketten bestellen: ja  nein  wie viel: 100 (Minimum) Kosten: ca. 12 €

**Darauf hingewiesen, dass die Wäschenamen nach Kontrolle der Anzahl aus dem Rechnungskuvert genommen werden**

erarbeitet	geprüft u. freigegeben		Überprüfung <b>Juni 2025</b>	Seite	1/2
QMB	EL	Datum		Version	10
				Stand	06/23

 <p>Schwernerschaft Wallmenich-Haus vom BRK e.V.</p>	<h2>Qualitätsmanagement</h2>	<p>Qualitätshandbuch</p> 
	<p>3.1 Aufnahme einer Bewohner*in 3.1.2.1 Anlage 1 Anmeldung mit Erstgespräch</p>	

**Aufnahme in :**     Altenpflege     Einzelzimmer     Doppelzimmer  
 Junge Pflege K1     Beschützender Wohnbereich K0

Raucher\*in:    ja                       nein

Gewünschtes Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

**Antrag auf KZP bei der Pflegekasse gestellt?**     ja     nein (bitte Antrag stellen!)

bisherige Versorgungssituation

\_\_\_\_\_

Diagnosen                      **Gewicht:** \_\_\_\_\_                      **Größe:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. Mobilität: \_\_\_\_\_

2. Kognitive Fähigkeiten: \_\_\_\_\_

3. Verhaltensweisen: \_\_\_\_\_

4. Selbstversorgung (Körperpflege usw.): \_\_\_\_\_

5. Umgang mit krankheitsspezifischen Anforderungen: \_\_\_\_\_

6. Gestaltung des Alltagslebens: \_\_\_\_\_

Wir möchten darauf aufmerksam machen, dass eine Heimaufnahme erst durch den Abschluss eines Heimvertrages rechtsverbindlich wird (auch Tagespflege).

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner\* in bzw. ermächtigte Person

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Heimleitung

Datenschutz:  
Durch die Angabe Ihrer personenbezogenen Daten (DSGVO Art. 5) willigen Sie ein, dass im Rahmen der Zweckbestimmung der Suche nach einem Platz und des Zustandekommens des Heimvertrages und der ggf. daraus folgenden späteren Verwaltung, diese Daten erhoben und gespeichert werden.  
Sie haben jederzeit nach der DSGVO Art.13 ein Recht auf Löschung, ein Recht auf Auskunft etc. Ihrer Daten.  
Dazu melden Sie sich bei uns, der Schwesternschaft Wallmenich-Haus vom BRK e.V. [info@wallmenichhaus.de](mailto:info@wallmenichhaus.de) 096214996-0.

erarbeitet	geprüft u. freigegeben		Überprüfung <b>Juni 2025</b>	Seite	2/2
QMB	EL	Datum		Version	10
				Stand	06/23