

**Wichern-Haus Gerthe**  
**Kolpingplatz 2**  
**44805 Bochum**  
**Sozialdienst**  
**Tel. 0234.89194-13**  
**Fax: 0234.89194-160**

- Anmeldung Kurzzeitpflege**  
 **Anmeldung vollstationäre Versorgung**

Diese persönlichen Angaben benötigen wir, um Sie besser kennenzulernen. Mit den von Ihnen gemachten Angaben wird vertraulich umgegangen. Der Fragebogen wird der Pflegedokumentation beigefügt. Alle Mitarbeiter der Einrichtung unterliegen der Schweigepflicht im Sinne des Datenschutzes.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Adresse / Adresse vor Einzug:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wo befindet sich der Interessent?**

\_\_\_\_\_

**Erstkontakt durch wen?**

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

**Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?**

\_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Ansprechpartner (wenn abweichend vom Klienten)**

Name, Vorname:

---

Anschrift/Tel.:

---

- Kurzzeitpflegeplatz in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 vollstationäre Aufnahme gewünscht ab \_\_\_\_\_

**Sepa-Mandat:**  ja  nein

Krankenkasse/Pflegekasse,

Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnummer: \_\_\_\_\_

- Pflegegrad  Pflegegrad 1  Pflegegrad 2  Pflegegrad 3  
 Pflegegrad 4  Pflegegrad 5  
 kein Pflegegrad (d.h. keine Begutachtung durch den MDK bisher)  
 Einstufung ist beantragt

Rechnungsempfänger (bitte nur angeben, wenn eine Vollmacht oder eine Betreuung vorliegt):

---

Liegt eine Vollmacht vor:  ja  nein  
**(Vollmacht in Kopie beifügen)**

Vollmachtsinhaber: \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor:  ja  nein  
**(Patientenverfügung in Kopie beifügen)**

Liegt eine gesetzliche Betreuung vor:  ja  nein  
Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Ist eine gesetzliche Betreuung beantragt:  ja  nein  
**(Bitte Bestellung des Amtsgerichts beifügen)**

Einwilligungsvorbehalt:  ja  nein

Name und Anschrift des  
Betreuers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hinlauftendenz  ja  nein  
Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig:  ja  nein  
**(Bitte Kopie des Beschlusses beifügen)**

Rezeptgebühr befreit:  ja  nein

Fahrtkosten befreit:  ja  nein  
**(Bescheinigung in Kopie beifügen)**

Hausarzt/Konsiliararzt (Adresse, Telefon):

---

---

---

Höherstufung beantragt  ja  nein

§ 43b Leistungen gewünscht <sup>1</sup>  ja  nein

Antrag Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege gestellt  ja  nein

In Anspruch genommene Kurzzeitpflege (lfd. Jahr)  ja  nein

**(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)**

In Anspruch genommene Verhinderungspflege (lfd. Jahr)  ja  nein

**(Unterlagen in Einrichtung vorhanden und eingescannt)**

Selbstzahler  ja  nein

Kriegsopferversorgung (KOV)  ja  nein

**(KOV-Bescheid und Pflegekassenbescheid beifügen)**

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Investitionskostenförderung  ja  nein

Pflegewohngeld  ja  nein

[Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Höhe der Renteneinkünfte (für Rentenabtretung):

Rentenabtretung:  ja  nein

Sozialhilfeantrag notwendig:  ja  nein

Sozialhilfeantrag bereits gestellt  ja, am:  nein

**(Nachweis beifügen)**

Heimnotwendigkeit von dem Sozialhilfeträger bescheinigt:  ja  nein

Wenn nein → Heimnotwendigkeit beantragt:  ja  nein

**Ansprechpartner:**

---

---

---

---

---

---

---

Vertragsapotheke: \_\_\_\_\_

Infomaterial erhalten am: \_\_\_\_\_

Erstgespräch geführt am: \_\_\_\_\_

**Bochum,** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift des Bewohner, Bevollmächtigter,  
Betreuer)**

<sup>1</sup>Zu Ihrer Information: Wir bieten zusätzliche Betreuungsleistungen gemäß §43b SGB XI an. Wenn Sie diese Leistungen in Anspruch nehmen wollen, stellen Sie bitte einen Antrag bei Ihrer Pflegekasse.