



Anmeldung vollstationärer Aufnahme/TPF/VHPF	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler Sozialdienst

## Anmeldung zur vollstationären Aufnahme/ Tagespflege/ Verhinderungspflege


<b>Antragsstellung erfolgt:</b> <input type="checkbox"/> zum nächst möglichen Zeitpunkt <input type="checkbox"/> vorsorglich		<b>wird von der Einrichtung ausgefüllt:</b>  Eingangsdatum: .....	
<input type="checkbox"/> <b>Wohnpark am Nottekanal</b> Rosa-Luxemburg-Straße 18 15711 Königs Wusterhausen Tel.: 03375 / 25 00 Fax: 03375 / 87 28 23  <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege		<input type="checkbox"/> <b>Einrichtung Wildau</b> Lessingstraße 24 15745 Wildau, Tel.: 03375 / 51 40 Fax: 03375 / 51 44 94  <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Tagespflege	
<input type="checkbox"/> <b>Einrichtung Regine Hildebrandt</b> Gerontopsychiatrische Einrichtung Wernsdorfer Straße 64 15713 Königs Wusterhausen/ OT Niederlehme Tel.: 033762 / 82 00 Fax: 033762 / 82 01 01  <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Tagespflege		<input type="checkbox"/> <b>Einrichtung Deutsch Wusterhausen,</b> Chausseestraße 81 15711 Königs Wusterhausen Tel: 03375 / 27 60 Fax: 03375 / 29 11 96  <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Tagespflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	
<b>Vor- und Zuname</b>			
<b>Geburtsname</b>			
<b>Geburtstag</b>		<b>Geburtsort</b>	
<b>Familienstand</b>		<b>Konfession</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>
<b>Anschrift</b>	Straße/PLZ/Ort		
<b>Telefon</b>	.....		

<b>Erstellung</b>	<b>Prüfung</b>	<b>Freigabe Prokuristin</b>	<b>Version</b>	<b>Seite</b>
Sozialdienste	ZQM	Freigegeben	1.7	Seite 1 von 4
02.10.25	20.01.26	20.01.26	20.01.26	

Anmeldung vollstationärer Aufnahme/TPF/VHPF	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler Sozialdienst


<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>  (bei Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung bitte entsprechende Adresse angeben) Ansprechpartner / Telefon:	Straße/PLZ/Ort		
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
<b>Angehörige</b>	a)	Name/Straße/PLZ/Ort	
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
		Verwandtschaftsgrad:	Telefon:
		Email:	Mobil:
	b)	Name/Straße/PLZ/Ort	
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
		Verwandtschaftsgrad:	Telefon:
		Email:	Mobil:
	c)	Name/Straße/PLZ/Ort	
		<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
		Verwandtschaftsgrad:	Telefon:
		Email:	Mobil:
<b>Betreuer/in</b> (bitte Kopie des Bewilligungsbescheides / Betreuerausweises beifügen)	Name/Straße/PLZ/Ort/Telefon		
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
	<b>Bevollmächtigte/r</b> (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)		
	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

Erstellung	Prüfung	Freigabe Prokuristin	Version	Seite
Sozialdienste	ZQM	Freigegeben	1.7	Seite 2 von 4
02.10.25	20.01.26	20.01.26	20.01.26	

Anmeldung vollstationärer Aufnahme/TPF/VHPF	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler Sozialdienst

<b>Hausarzt vorhanden?</b>	Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon ----- ----- ----- Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Facharzt (Fachrichtung) vorhanden?</b>	Name / Straße / PLZ / Ort / Telefon ----- ----- ----- Weiterbehandlung mit Hausbesuchen in der Einrichtung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Pflegegrad</b>	Ist ein Pflegegrad vorhanden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Wenn ja, bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen) Wenn ja, welcher? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Falls noch kein Pflegegrad vorhanden ist, wurde ein Antrag bereits gestellt? Falls ja, durch wen und wann wurde beantragt? ----- ----- -----
<b>Pflegekasse</b>	
<b>Versichertennummer</b>	

Erstellung	Prüfung	Freigabe Prokuristin	Version	Seite
Sozialdienste	ZQM	Freigegeben	1.7	Seite 3 von 4
02.10.25	20.01.26	20.01.26	20.01.26	

Anmeldung vollstationärer Aufnahme/TPF/VHPF	Geltungsbereich GmbH außer AD	
FB Nr. 29	Aufbewahrung bis: 5 Jahre	Verteiler Sozialdienst

<b>Gewünschte Zimmerart</b> (Bitte Begründung angeben)	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------------	---------------------------------------

<b>Hinweise / Ergänzungen</b> (z.B. besteht eine Hinlauftendenz)	<hr/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
---	---

<b>Eigenanteil</b>	<b>0 Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  <b>0 Hilfe zur Pflege (Sozialamt)</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------------------	--

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

**Folgende Unterlagen wurden unter anderem mit dem Anmeldeformular übergeben / übersandt:**  
**Biografiebogen, Merkblatt zur Ernährung, Merkblatt Demenz, Merkblatt Hinlauftendenz sowie Formblätter für den Hausarzt, Checkliste stat. Aufnahme / Verhinderungspflege, Kostensätze**

<b>Ort / Datum</b>	<b>Unterschrift des Antragstellers/Bevollmächtigten</b>
--------------------	---

Erstellung	Prüfung	Freigabe Prokuristin	Version	Seite
Sozialdienste	ZQM	Freigegeben	1.7	Seite 4 von 4
02.10.25	20.01.26	20.01.26	20.01.26	