

*Diese Anmeldung ist 1 Jahr lang gültig. Anschließend werden die Anmeldung und die Dokumente vernichtet. Eine erneute Anmeldung ist dann notwendig.*

**Anmeldedatum** \_\_\_\_\_**Familienname** \_\_\_\_\_ **Geburtsname** \_\_\_\_\_**Vorname(n)** \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession (Angabe freiwillig): \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Früherer Beruf \_\_\_\_\_

**Pflegekasse/Krankenkasse** gesetzliche Krankenversicherung private Krankenversicherung

Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Pflegegrad (bitte Kopie beilegen) : \_\_\_\_\_

Vollstationäre Pflege beantragt am: \_\_\_\_\_

Höherstufung beantragt

 ja, seit nein

Zuzahlungsbefreiung

 ja, seit nein

Patientenverfügung (bitte Kopie beilegen)

 ja, seit nein**Besonderheiten**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Impfstatus COVID-19:**  1. Impfung am \_\_\_\_\_ 4. Impfung am \_\_\_\_\_ 2. Impfung am \_\_\_\_\_ pos. PCR Test vom \_\_\_\_\_ 3. Impfung am \_\_\_\_\_ keine Impfung**Aufnahmedatum:****Zimmernummer:**

### Angehörige

1. **Vor- und Zuname** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ Verwandtschafts-  
verhältnis \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht für alle  
Angelegenheiten  
(bitte Kopie beilegen)

Vollmacht für (bitte Kopie beilegen)

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

finanzielle Angelegenheiten, Vertretung bei Behörden

2. **Vor- und Zuname** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Mobil-Nr. \_\_\_\_\_ Verwandtschafts-  
verhältnis \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht für alle  
Angelegenheiten  
(bitte Kopie beilegen)

Vollmacht für (bitte Kopie beilegen)

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

finanzielle Angelegenheiten, Vertretung bei Behörden

### Rechtliche Betreuung

Betreuung beim Amtsgericht beantragt  ja am/ seit  nein  
(bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen)

begrenzt bis  unbegrenzt

Bereiche  Aufenthaltsbestimmung  
 Wohnungsangelegenheiten  
 Gesundheitsfürsorge  
 Pflege

Bankgeschäfte  
 Rente  
 Versicherungen  
 Regelung Post / Telefon/ E-Mail

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

### **Einkommen**

Höhe des monatlichen Einkommens

Der Eigenanteil kann voll bezahlt werden

ja  nein

Es ist Vermögen vorhanden

ja  nein

---

### **Sozialhilfe in stationären Einrichtungen**

Sollte die Höhe des Einkommens für die Heimkosten nicht ausreichen, wenden Sie sich bitte an das zuständige Sozialamt. Die Zuständigkeit ergibt sich aus dem letzten gemeldeten Wohnort.

Sozialhilfe wird benötigt

ja  nein

ab (Monat) \_\_\_\_\_

Antrag eingereicht am \_\_\_\_\_

Zuständiges Sozialamt \_\_\_\_\_

Der Eigenanteil kann bis zum Bescheid des Sozialamtes voll bezahlt werden

ja

nein

Es werden Abschlagszahlungen vereinbart  ja

nein

---

### **Rechnungsadresse (bitte immer angeben)**

---

### **Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung von anderen Personen

Werbung in der Presse, Zeitung

Homepage der Berliner Stadtmission

Tag der offenen Tür, Mittagstisch, Veranstaltungen

Sonstiges:

**Datenschutzerklärung**

- (1) Wir haben uns den Schutz Ihrer Daten zur Pflicht gemacht. Ihre personenbezogenen Daten unter Einschluss der Informationen über Ihre Gesundheit werden von uns, soweit dies zur Erfüllung des Aufnahmeprozesses erforderlich ist, EDV- technisch verarbeitet, in einer Datenbank gespeichert, automatisch verarbeitet und genutzt. Die gesetzlichen Vorschriften im Zusammenhang mit dem Datenschutz werden selbstverständlich von uns beachtet.
- (2) Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Für unser Seniorenheim gilt das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD).
- (3) Soweit es gesetzlich erlaubt oder angeordnet oder für die Erfüllung dieses Vertrages erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, der Bewohnerin / des Bewohners durch das Seniorenheim verarbeitet werden. Für jede darüber hinausgehende Verarbeitung der personenbezogenen Daten bedarf es der Einwilligung der Bewohnerin / des Bewohners

**Aufbewahrungsfrist:** Die vorliegende Anmeldung wird **bis zu einem Jahr aufbewahrt** und anschließend datenschutzkonform vernichtet. Sollte später erneut Bedarf an einem Heimplatz bestehen, muss ein neues Formular ausgefüllt werden.

**Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber MitarbeiterInnen des Seniorenheims  
Müggelschlösschenweg:**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Unterlagen und persönliche Daten an die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Seniorenheims Müggelschlösschenweg weitergegeben werden, auch soweit darin Daten über meine Gesundheit enthalten sind.

---

**Ort, Datum****Unterschrift**

**Sollte an einer Aufnahme kein Interesse mehr bestehen, informieren Sie uns bitte**

Telefon: 030 654845 -30

Mail: [sozialdienst-msw@berliner-stadtmission.de](mailto:sozialdienst-msw@berliner-stadtmission.de)

**Gesundheitliche und pflegerische Informationen – bitte ein ärztliches Gutachten beilegen**

**Gesundheitliche Anamnese**

Ich bin imstande:

- mich alleine an- und auszukleiden  ja  nein
- mich alleine körperlich zu pflegen  ja  nein
- selbstständig zu essen  ja  nein
- mich alleine Bett aufzusetzen  ja  nein
- aus dem Bett aufzustehen  ja  nein
- alleine zu gehen  ja  nein
- mit Rollator zu gehen  ja  nein
- alleine Treppen zu steigen  ja  nein

**Hilfsmittel**

- Rollator
- Rollstuhl
- Sauerstoffkonzentrator

Ich bin:

- ständig bettlägerig  ja  nein
- völlig auf fremde Hilfe angewiesen  ja  nein
- kontinent für Urin  ja  nein
- kontinent für Stuhl  ja  nein

**Liegen kognitive Einschränkungen vor?** (Wenn ja, bitte kurz beschreiben)

**Größe** \_\_\_\_\_ **Gewicht** \_\_\_\_\_

**Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Hausarztwechsel gewünscht  ja  nein

**Wenn das Leben zu Ende ist**

Es soll benachrichtigt werden \_\_\_\_\_

Wann soll benachrichtigt werden  sofort, zu jeder Zeit  nur tagsüber  nicht nachts

Bestattungsinstitut \_\_\_\_\_

42\_K1.2\_ZD01\_c | 13.04.2022