Aufnahmeantrag

|  |
| --- |
| Ein Bild, das Text enthält.  Automatisch generierte BeschreibungAufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:  Runzstr. 77 79102 Freiburg |
| [ ]  Dauerpflege [ ]  Kurzzeitpflege [ ]  vorsorgliche Anmeldung |
| Name:(Bitte auch den Geburtsnamen angeben) |      geb.       |
| Vorname**:**(Rufname bitte unterstreichen) |            |
| Geburtsdatumund –ort:Land/Kreis: |            |
| Letzter Wohnort:Straße:Telefonnummer: |                 |
| Familienstand: | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  verwitwet [ ]  geschieden |
| Religionszugehörigkeit: |       |
| 1. Angehörige/r | Name:Anschrift:Telefon / Mobiltel.:wie verwandt?(Ehegattin/Ehegatte) |                            |
| 2. Angehörige/r | Name:Anschrift:Telefon / Mobiltel.:wie verwandt? |                            |
| Gesetzl. Betreuer/inBevollmächtigte/r | Name:Anschrift:Telefon / Mobiltel.: |                       |
| In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden  | [ ]  1. Angehöriger [ ]  2. Angehöriger [ ]  Betreueroder       |

|  |  |
| --- | --- |
| PatientenverfügungVollmacht | [ ]  vorhanden [ ]  nicht vorhanden[ ]  vorhanden [ ]  nicht vorhanden |
| Kranken/Pflegekasse | NameAnschriftMitgliedsnummer |                 |
| Zuzahlungsbefreiung | [ ]  ja [ ]  nein |
| Pflegegrad | Bescheid vom | 0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]       |
| Beihilfekasse | NameAnschriftAktenzeichen |                 |
| Weitere Kostenträger | NameAnschrift |            |
| Rechnungsempfänger | NameAnschrift |            |
| Sofern Sie Sozialhifen erhalten, Zuständiges **Sozialamt** | NameAnschriftAktenzeichen |                 |
| Zu wann ist der Einzug gewünscht? | Datum |       |
| Hausarzt | Name:Anschrift:Telefon / Mobiltel.: |                       |
| Covid-19-Impfung bereits erfolgt | [ ]  ja [ ]  nein |

Ich erkläre hiermit:

[ ]  dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechtigte Dritte einverstanden bin. Die Verarbeitung der Daten erfolgt im Rahmen der gültigen Datenschutzbestimmungen.

[ ]  dass ich mit der Einholung, Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechtigte Dritte, eines Ärztlichen Fragebogens (beim behandelnden Arzt) oder eines Überleitungsbogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

Datenschutzinformationen gemäß EU-DSGVO finden Sie auf <https://www.awo-baden.de/footernavigation/datenschutz.html>

       , den

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter