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/in  Bevollmächtigte/r | Name:  Anschrift:  Telefon / Mobiltel.: |  |
| In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden | | 1. Angehöriger  2. Angehöriger  Betreuer  oder |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patientenverfügung  Vollmacht | | | vorhanden  nicht vorhanden  vorhanden  nicht vorhanden |
| Kranken/Pflegekasse | | Name  Anschrift  Mitgliedsnummer |  |
| Zuzahlungsbefreiung | | | ja  nein |
| Pflegegrad | | Bescheid vom | 0  1  2  3  4  5 |
| Beihilfekasse | | Name  Anschrift  Aktenzeichen |  |
| Weitere Kostenträger | | Name  Anschrift |  |
| Rechnungsempfänger | | Name  Anschrift |  |
| Sofern Sie Sozialhifen erhalten, Zuständiges **Sozialamt** | | Name  Anschrift  Aktenzeichen |  |
| 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