

Aufnahmeantrag

Stationäre Pflege, Zimmer _____ Kurzzeitpflege (KZP - VHP), Zimmer _____

Ab: _____ Von: _____ Bis: _____

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Familienstand:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Religionsgemeinschaft:	
Staatsangehörigkeit:	
Aktuelle Anschrift:	
Telefonnummer, Mobil:	
Personalausweisnummer: (Kopie beilegen) Ausweispflichtbefreiung?	

Namen und Anschriften der Kinder oder Angehörigen bzw. nahestehender Personen:

1. Name: _____ Verwandtschaft: _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

2. Name: _____ Verwandtschaft: _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

Krankenversicherung (Kopie beilegen): Versicherungsnummer:	
Anschrift der Kasse: privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>	
Rezeptgebührenbefreiung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Antrag auf Pflegegrad gestellt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welcher Pflegegrad wurde gewährt?	PG: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Datum seit wann: _____ (Kopie beilegen)
Bescheid Pflegeversicherung (KZP muss bei Kasse beantragt werden)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Heimkosten Selbstzahler?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, ist eine Kostenübernahme beim Sozialamt beantragt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann: _____ Wo: _____
Gewünschte Unterbringung:	EZ <input type="checkbox"/> EZ mit Zuschlag <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/>
Name u. Anschrift Hausarzt:	
Konsiliarärzte (Name, Fachbereich)	
Liegt eine Vollmacht vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Liegt eine Betreuung vor? Wenn ja: Name, Anschrift und Tel.Nr. des Betreuers:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Liegt eine Patientenverfügung vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zeitungsabo vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Welche: _____
Rechnungsadresse:	
Heimvertrag wird unterschrieben von	Bewohner <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>

Datenschutzhinweis

Zur Bearbeitung des Antrages müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Dieser Antrag, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und – sofern vorhanden – die individuelle Leistungsvereinbarung und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe befugen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes der evangelischen Kirche in Deutschland (§ 6 Nummer 5 i. V. m. § 13 Absatz 2 Nummer 8 und Absatz 3 EKD-Datenschutzgesetz) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 SGB I und der §§ 67 ff. SGB X finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung des Antrages einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung der Antragstellerin/des Antragstellers, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift