

Anmeldung zur Heimaufnahme

Senioren- und Pflegeheim Dr. Heindorf GmbH, Angerstr.60, 31848 Bad Münster



Name, Vorname(n): _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

Geburtsname: _____ **erl. Beruf:** _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geschlecht: männlich weiblich

Konfession: katholisch evangelisch sonstige: _____

Nationalität: deutsch sonstige: _____

Versicherungsverhältnis: Rentner sonstiges: _____

letzte Eheschließung: **Datum:** _____ **Ort:** _____

Name, Geburtsname des Ehegatten: _____

Geburtsdaten des Ehegatten: **Datum:** _____ **Ort:** _____

Todesdaten des Ehegatten: **Datum:** _____ **beigesetzt:** _____

Art der Heimaufnahme: vollstationär Kurzzeitpflege

Zu welchem Termin wünschen Sie einzuziehen? _____

Aus welchen Gründen wird eine Heimaufnahme gewünscht?

Wer stellt den Antrag für die Heimaufnahme? ich selbst Betreuer Bevollmächtigter

Name, Vorname PLZ und Wohnort Telefon

Wurden Sie früher bereits gepflegt? Nein Ja vom _____ bis _____

häusliche Pflege durch: _____ mit ambulantem Pflegedienst: ja nein

stationär Kurzzeit Einrichtung: _____ Grund: _____

Besteht für Sie ein bzw. eine:

Patiententestament Vorsorgevollmacht keines

Angehörige 1:

Verwandschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat

Telefon dienstlich

Telefon Mobil

Angehörige 2:

Verwandschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat

Telefon dienstlich

Telefon Mobil

Für weitere Angehörige, bitte die Rückseite verwenden.

Haben Sie einen durch das Amtsgericht bestellten Betreuer?

Ja Nein

Betreuer Anschrift:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, Telefax

Aktenzeichen

Einstweilige Anordnung gilt bis zum

Betreueraufgaben

Wohin soll die Postzustellung erfolgen?

Bewohnerzimmer Betreuer andere Adresse

(Nur bei vorliegender Post- oder Generalvollmacht)

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Krankenkasse:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Versichertennummer:

Haben Sie bereits eine Pflegestufe?

Ja Nein Pflegestufe ist beantragt

Falls ja, in welcher Pflegestufe sind Sie?

Stufe I Stufe II Stufe III Stufe III+

Sind Sie befreit von Zuzahlungen?

Ja Nein

Hausarzt:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

Rechnungsempfänger für die Heimkosten / Pflegeabrechnung

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Rechnungsempfänger für die Nebenkosten

wie oben folgende Anschrift:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Zahlungsart:

per Rechnung (Zahlungsziel: 5 Tage nach Rechnungszustellung)

per Bankeinzug

Bankverbindung:

(nur bei Bankeinzug)

Bankname:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Kontoinhaber:

Haben Sie Sozialhilfe beantragt? Ja Nein

Zuständiges Sozialamt:

Aktenzeichen:

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:

Datenschutz

Wir verwenden Ihre Bestandsdaten ausschließlich zur Abwicklung unserer Leistungen. Alle Bewohnerdaten werden unter Beachtung der einschlägigen Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) von uns gespeichert und verarbeitet.

Weitergabe an Dritte

Wir geben Ihre personenbezogenen Daten einschließlich Ihrer Hausadresse und Telefonnummer nicht an Dritte weiter. Ausgenommen hiervon sind unsere Dienstleistungspartner, die zur Bestellabwicklung die Übermittlung von Daten benötigen (z.B. Apotheke, Hausarzt, sowie unsere medizinischen Partner für Heil & Hilfsmittel und das mit der Zahlungsabwicklung beauftragte Kreditinstitut). In diesen Fällen beschränkt sich der Umfang der übermittelten Daten jedoch nur auf das erforderliche Minimum.

Fotodokumentation

Im Fall einer notwendigen Wundversorgung bin ich mit einer Fotodokumentation des Wundgebietes einverstanden.

Erklärung

Alle meine Angaben entsprechen den Tatsachen.

Ort

Unterschrift des Antragstellers:

Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden:

(Insofern keine Personengleichheit besteht)
