

Anmeldung zur Heimaufnahme

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



Name, Vorname(n):

Anschrift:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsname:

erl. Beruf:

Familienstand:

ledig verheiratet geschieden verwitwet

Geschlecht:

männlich weiblich

Konfession:

katholisch evangelisch sonstige: _____

Nationalität:

deutsch sonstige: _____

Art der Heimaufnahme:

vollstationär Kurzzeitpflege

Zu welchem Termin wünschen Sie einzuziehen?

Hausarzt:

Name

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon

Angehörige 1:

Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat

Telefon dienstlich

Telefon Mobil

Angehörige 2:

Verwandtschaftsgrad

Name, Vorname

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefon, privat

Telefon dienstlich

Telefon Mobil

Haben Sie einen durch das Amtsgericht bestellten Betreuer?

Ja Nein

Besteht für Sie ein bzw. eine:

Patiententestament Vorsorgevollmacht keines

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 und Anschrift

Versichertennummer:

Haben Sie bereits einen Pflegegrad?

Ja Nein Pflegegrad ist beantragt

Falls ja, welchen Pflegegrad haben Sie?

Sind Sie befreit von Zuzahlungen?

Ja Nein

Haben Sie Sozialhilfe beantragt? Ja Nein

Zuständiges Sozialamt:

Aktenzeichen:

Sind Sie Beihilfe berechtigt?

Ja Nein

Rechnungsempfänger für die Eigenanteile der 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 (SEPA-Basis-Lastschriftmandat)

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE17ZZZ00001016223

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige das "Senioren- und Pflegeheim Bad Münde, Dr. Heindorf GmbH", Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Die Lastschrift der Heim- und Nebenkosten erfolgen gemäß den Bestimmungen des Heimvertrages (s. §11).

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Die Mandatsreferenz kann erst nach Abschluss des Vertrages erstellt werden und wird Ihnen in der Abrechnung der Heimkosten schriftlich mitgeteilt. Sie entspricht der Ausgewiesenen Kostenträgernummer.

Name und Vorname (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC

IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Heimvertrag mit:

Name, Vorname

Personalausweis:

Ausstellungsbehörde

Ausstellungsdatum

Seriennummer

Gültig bis

im Büro abgegeben Eigenverbleib (**bitte Kopie abgeben**)

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

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Unterschrift des Aufzunehmenden:

(Insofern keine Personengleichheit besteht)