

Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Zell im Wiesental

Ihre Daten:

O Frau / O Herr

Nachname

ggf. Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum/-Ort

aktuelle
Adresse:

Straße,
Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Kommen Sie selbst für die
Heimkosten auf?

ja, ich bin Selbstzahler
 nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen

Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.

Hausarzt

Schwerbehindertenausweis
vorhanden?

ja
 nein

Krankenkasse
KV-Nr.

Wurden Sie bereits in einen
Pflegegrad eingestuft?

nein
 ja, Pflegegrad 1
 ja, Pflegegrad 2
 ja, Pflegegrad 3
 ja, Pflegegrad 4
 ja, Pflegegrad 5

Beziehen Sie
Ergänzungsleistungen?

ja
 nein

Bestehen gerichtliche
Betreuungen/
Vorsorgevollmachten?

ja nein
Falls ja, für welche Bereiche?

Ggfs. Name und Anschrift
des Betreuers

Besteht eine
Patientenverfügung?

ja nein

Lebenssituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> bei/mit Kindern	
Familienstand	<input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> geschieden	<input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet
Daten zum Einzug Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht komme <input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung	
gewünschter Aufnahmetermin:		
wichtige Angehörige*		
1.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3. Religionszugehörigkeit*		
E-Mail-Adresse Angehörige:		

Einwilligung in die Datenverarbeitung

1. Hiermit willige ich in die Verarbeitung mich betreffender personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten ein, soweit dies für die Erfüllung des Heimvertrages erforderlich ist. Diese Einwilligung umfasst insbesondere die Verarbeitung von

- Stammdaten
- biographischen Daten
- Gesundheitsdaten, insbesondere medizinische Anamnesen, Diagnosen, Informationen über ärztliche Verordnungen und Medikation, sowie Daten über Art, Umfang und Zeitpunkt der erbrachten Leistungen
- Situationsanalyse: Erfassung des individuellen Hilfebedarfes und Beschreibung des individuellen Unterstützungsbedarfes.
- Beschreibung der Fähigkeiten, Ressourcen und Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen
- Anschrift und Name von Leistungsträgern und Ärzten
- Leistungsbescheide
- Kontaktdaten von Angehörigen und gegebenenfalls gesetzlichen Betreuern

ja

nein

Datum, Ihre Unterschrift

ggf. Datum, Unterschrift des gesetzlichen Betreuers