

Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:	
Ludwig-Frank-Haus Marie-Juchacz-Str. 8, 77933 Lahr Telefon: 07821-9229-0 Fax: 07821-92291091 info.szlahr@awo-baden.de	
<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungs-/Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen (sofern vorhanden)	
Name:	
Geburtsname:	
Vorname:	
(Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsdatum und -ort:	
Land/Kreis	
Letzter Wohnort, Straße Telefonnummer	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Religionszugehörigkeit:	
1. Angehörige/r	
Name	
wie verwandt?	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
2. Angehörige/r	
Name	
wie verwandt?	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Gesetzlicher Betreuer/in, Bevollmächtigte/r	
Name	
Anschrift	
Telefon	
In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden	<input type="checkbox"/> 1. Angehöriger <input type="checkbox"/> 2. Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer oder:

Kranken/ Pflegekasse	Name Anschrift Mitgliedsnummer	
Pflegegrad	Bescheid vom	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Beihilfekasse	Name Anschrift Aktenzeichen	
Wer ist der Hausarzt? Wer ist der Zahnarzt? Weitere Ärzte?	Name, Anschrift Name, Anschrift Name, Anschrift	
Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges Sozialamt	Name Anschrift Aktenzeichen	
Zu wann ist der Einzug gewünscht?	Datum	
Weitere wichtige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen (z.B. Hinlauftendenz, Sturzgefahr, Suchtverhalten)		

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/footer/navigation/datenschutz.html>

, den

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter