

Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:	
<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tagespflege	
Name: (Bitte auch den Geburtsnamen angeben)	
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 wie verwandt? (Ehegattin/ Ehegatte)	Name Anschrift Telefon
2. Angehörige/r wie verwandt?	Name Anschrift Telefon
Gesetzlicher Betreuer/in Bevoll-mächtigte/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	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Bescheid vom	
Beihilfekasse	Name Anschrift Aktenzeichen
Weitere Kostenträger	Name Anschrift
Rechnungsempfänger	Name Anschrift
Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges Sozialamt	Name Anschrift Aktenzeichen
Zu wann ist der Einzug gewünscht?	Datum
Weitere wichtige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen	

Ich erkläre hiermit:

dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte einverstanden bin. Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des aktuellen Datenschutzrechtes verwendet.

dass ich mit der Einholung, Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte, eines Ärztlichen Fragebogens (beim behandelnden Arzt) oder eines Überleitungs bogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

, den

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter