

Antrags-/ Aufnahmeformular

Stammdaten

Blatt 1/3

Personendaten

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Akadem.Titel:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort:	<input type="text"/>
Staatsbürgerschaft:	<input type="text"/>	Sozialversicherungs-Nr:	<input type="text"/>
Familienstand:	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Geschieden	Krankenkasse:	<input type="text"/>
		Gebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			<input type="checkbox"/> Selbstversichert <input type="checkbox"/> Mitversichert
Postleitzahl:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Hausnummer/Stiege/Tür:	<input type="text"/>
Tel.Nr:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Hausarzt:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>	Tel.Nr.:	<input type="text"/>
		Fax:	<input type="text"/>

Wollen Sie seelsorgerisch betreut werden: Ja Nein

Versicherungen / Bankverbindung (Angabe notwendig für den Landantrag)

Bankverbindung vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kontoinhaber:	<input type="text"/>	
IBAN / BIC:	<input type="text"/>	
Besteht eine private Zusatz-Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="text"/>	

Antrags- / Aufnahmeformular

Stammdaten

Blatt 2/3

Finanzen

Kostenübernahme durch: öffentl. Hand (Gemeinde / Land) selbst

1. Pension mtl. Euro: Auszahlende Stelle:

2. Pension mtl. Euro: Auszahlende Stelle:

Pflegegeld

Pflegestufe: Pflegestufe lt. Bescheid vom:

mtl. Betrag: Auszahlende Stelle:

Erhöhung angesucht am:

Patientenverfügung: Ja Nein

Wichtige Informationen (Allergien / Unverträglichkeiten):

ERWACHSENENVERTRETUNG: Vorhanden , seit

Name:

Adresse:

Tel.Nr.:

Email:

Kontaktperson:

Vertrauensperson:

Antrags- / Aufnahmeformular

Stammdaten Blatt 3/3

Angehörige

Name	Vorname	Adresse / Mail	Telefon Nr. / Mail	Beziehung

Wer ist im Falle Ihres Ablebens zu verständigen?

Kontaktperson

Vertrauensperson

Sterbeversicherung:

Bestattungsart:

Bestattungsunternehmen:

Anmerkung:

Erbetener Aufnahmetermin

dringend

nächst möglicher Termin

in ca. 6 Monaten

nur Vormerk

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Wichtig: Eine Aufnahme ist nur möglich, wenn ein aktueller Arztbrief beigebracht wird.

Ich erkläre, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig ausgeführt zu haben.

Basisinformationen laut Datenschutz-Grundverordnung:

Alle personenbezogenen Daten, welche aufgrund dieses Formulars anfallen, werden für die Zweckerfüllung eines Heimaufenthaltes verwendet.

Wenn das Formular zu einer dauerhafte Geschäftsbeziehung gehört (Vertragsverhältnis oder Informationsaustausch auf freiwillig zugestimmter Basis), so werden die Daten der jeweiligen Zweckerfüllung entsprechend verarbeitet.

Die Löschung der personenbezogenen Daten erfolgt bei freiwilliger Zustimmung umgehend nach Widerruf und bei vertraglichem oder durch Gesetz geregelten Datenaustausch sechs Monate nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist.

Die Daten werden grundsätzlich nicht weitergegeben, außer gesetzliche oder vertragliche Verpflichtungen zwingen dazu.

Natürlich steht dem Betroffenen das Recht auf Widerruf der Einwilligung oder des Widerspruches zu, ebenso wie das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Löschung, Datenübertragbarkeit, sowie das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde.

.....
Antragsdatum

.....
Unterschrift