

## 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):

**CORONA IMPFUNG**  vorhanden /  nicht vorhanden Datum Letztimpfung:

**ERWACHSENENVERTRETUNG:** Vorhanden , seit

Name:

Adresse:

Tel.Nr.:

Email:

Hauptkontakt:

(Hauptansprechperson)

## Antrags- / Aufnahmeformular

## Stammdaten Blatt 3/3

### Angehörige

Name	Vorname	Adresse	Telefon Nr. / Mail(Pflichtfeld)	Beziehung

Wer ist im Falle des Ablebens zu verständigen?

- Hauptansprechperson  
 Sonstige: .....

### WICHTIG

Rechnungslegung erfolgt ausschließlich per SEPA-Lastschrift-Mandat (siehe Beilage)  
Rechnungen werden monatlich per Mail übermittelt.

### Erbetener Aufnahmetermin

- dringend  
 nächst möglicher Termin innerhalb 8 Wochen  
 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**