Aufnahmeantrag

|  |
| --- |
| Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum: Seniorenzentrum EmilienparkEmilienpark 2, 79639 Grenzach-WyhlenTelefon: 07624 3008 0Fax: 07624 3008 399sz-grenzach-wyhlen@awo-baden.de |
| [ ]  Dauerpflege [ ]  Verhinderungs-/Kurzzeitpflege [ ]  Betreutes Wohnen (sofern vorhanden) |
| Name:Geburtsname: |            |
| Vorname**:**(Rufname bitte unterstreichen) |       |
| Geburtsdatumund –ort:Land/Kreis |       |
| Letzter Wohnort, Straße Telefonnummer |            |
| Familienstand: | [ ]  ledig [ ]  verheiratet [ ]  verwitwet [ ]  geschieden |
| Religionszugehörigkeit: |       |
| 1. Angehörige/rwie verwandt?      | NameAnschriftTelefonE-Mail |                      |
| 2. Angehörige/rwie verwandt?      | NameAnschriftTelefonE-Mail |                      |
| Gesetzlicher Betreuer/in, Bevollmächtigte/r | NameAnschriftTelefon |                 |
| In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden  | [ ]  1. Angehöriger [ ]  2. Angehöriger [ ]  Betreueroder:       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kranken/ Pflegekasse | NameAnschriftMitgliedsnummer |                 |
| Pflegegrad | Bescheid vom | 0 [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 [ ]       |
| Beihilfekasse | NameAnschriftAktenzeichen |                 |
| Wer ist der Hausarzt?Wer ist der Zahnarzt?Weitere Ärzte? | Name, AnschriftName, AnschriftName, Anschrift |                 |
| Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges **Sozialamt** | NameAnschriftAktenzeichen |                 |
| Zu wann ist der Einzug gewünscht? | Datum |            |
| Weitere wichtige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen (z.B. Hinlauftendenz, Sturzge-fahr, 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/footernavigation/datenschutz.html>

     , den

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter