

## Aufnahmeantrag

Stationäre Pflege, Zimmer \_\_\_\_\_  Kurzzeitpflege (KZP - VHP), Zimmer \_\_\_\_\_

Ab: \_\_\_\_\_ Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Name, Vorname:	
Geburtsname:	
Familienstand:	
Geburtstag:	
Geburtsort:	
Religionsgemeinschaft:	
Staatsangehörigkeit:	
Aktuelle Anschrift:	
Telefonnummer, Mobil:	
Personalausweisnummer: (Kopie beilegen) Ausweispflichtbefreiung?	

### Namen und Anschriften der Kinder oder Angehörigen bzw. nahestehender Personen:

1. Name: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

2. Name: \_\_\_\_\_ Verwandtschaft: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ (Vermerk falls Aufnahme im Verteiler unerwünscht)

Krankenversicherung (Kopie beilegen): Versicherungsnummer:	
Anschrift der Kasse: privat <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/>	
Rezeptgebührenbefreiung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Antrag auf Pflegegrad gestellt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Welcher Pflegegrad wurde gewährt?	PG: 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Datum seit wann: _____ (Kopie beilegen)
Bescheid Pflegeversicherung (KZP muss bei Kasse beantragt werden)?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Heimkosten Selbstzahler?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn nein, ist eine Kostenübernahme beim Sozialamt beantragt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann: _____ Wo: _____
Gewünschte Unterbringung:	EZ <input type="checkbox"/> EZ mit Zuschlag <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/>
Name u. Anschrift Hausarzt:	
Konsiliarärzte (Name, Fachbereich)	
Liegt eine Vollmacht vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Liegt eine Betreuung vor? Wenn ja: Name, Anschrift und Tel.Nr. des Betreuers:	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Liegt eine Patientenverfügung vor?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> (Kopie beilegen)
Haben Sie Regelungen für den Fall Ihres Ablebens getroffen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Zeitungsabo vorhanden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Welche: _____
Rechnungsadresse:	
Heimvertrag wird unterschrieben von	Bewohner <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter <input type="checkbox"/>

## **Datenschutzhinweis**

Zur Bearbeitung des Antrages müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Dieser Antrag, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und – sofern vorhanden – die individuelle Leistungsvereinbarung und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe befugen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes der evangelischen Kirche in Deutschland (§ 6 Nummer 5 i. V. m. § 13 Absatz 2 Nummer 8 und Absatz 3 EKD-Datenschutzgesetz) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 SGB I und der §§ 67 ff. SGB X finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung des Antrages einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung der Antragstellerin/des Antragstellers, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

---

Ort, Datum

Unterschrift