

Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Abendfrieden

Bitte zusammen mit dem Ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme einreichen.

Vor- und Zuname			geborene
Adresse	Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	Mobil	
	E-Mail		
Persönliche Daten	Geburtsdatum	Geburtsort	
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
	Straße, PLZ, Ort		
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte ent- sprechende Adresse)			
Angehörige	1.	Name	Verwandschaftsgrad
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon	Mobil
		E-Mail	
	2.	Name	Verwandschaftsgrad
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon	Mobil
		E-Mail	
Hausarzt	Name		
	Straße, PLZ, Ort		
Kostenträger	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
Krankenkasse		Vers.-Nr.	Pflegegrad
Besonderheiten			
Betreuer (nach Betreuungsrecht)	Name		
	Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	E-Mail	
	Wirkungskreis der Betreuung		

Ich/Wir bestätige/n, dass meine/unsere Daten zur Heimplatzanfrage/Arztbogen gespeichert und zum Zweck der Aufnahme verwendet werden dürfen.

Ich/Wir bestätige/n, die Allgemeinen Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen zu haben.

Verantwortlich im Sinne der DSGVO: Josef Bergmann · Datenschutzbeauftragter: Ulrich Kleinen

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden
(nur, wenn nicht Personengleichheit)