

Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:	
Name der Einrichtung Straße, PLZ, Ort Telefon: Telefonnummer Fax: Faxnummer E-Mail-Adresse	
☐ Dauerpflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ Betreutes Wohnen ☐ Tagespflege	
Name:	
Geburtsname:	
Vorname:	
(Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsdatum und -ort:	
Land/Kreis	
Letzter Wohnort, Straße Telefonnummer	
Familienstand:	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
Religionszugehörigkeit:	
1. Angehörige/r Name wie verwandt? Anschrift Telefon E-Mail	
2. Angehörige/r Name wie verwandt? Anschrift Telefon E-Mail	
Gesetzlicher Name Betreuer/in, Bevollmächtigte/r Anschrift Telefon	
In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden	☐ 1. Angehöriger ☐ 2. Angehöriger ☐ Betreuer oder:

Kranken/ Pflegekasse	Name Anschrift Mitgliedsnummer	
Pflegegrad	Bescheid vom	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Beihilfekasse	Name Anschrift Aktenzeichen	
Wer ist der Hausarzt?	Name, Anschrift	
Wer ist der Zahnarzt?	Name, Anschrift	
Weitere Ärzte?	Name, Anschrift	
Impfstatus Covid 19	Daten der Impfungen	
Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges Sozialamt	Name Anschrift Aktenzeichen	
Zu wann ist der Einzug gewünscht?	Datum	
Weitere wichtige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen		

Ich erkläre hiermit:

☐ dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte 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 berechnigte 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/footer/navigation/datenschutz.html>

, den

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter