


Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Betreute Wohnen:		
 Seniorenzentrum Emilienpark Emilienpark 2, 79639 Grenzach - Wyhlen Telefon: 07624/30080 Fax: 07624/3008399 sz-grenzach-wyhlen@awo-baden.de		
Eingang: _____		
<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen		
Name: (Bitte auch den Geburtsnamen angeben)		
Vorname: (Rufname bitte unterstreichen)		
Geburtsdatum und –ort: Land/Kreis		
Letzter Wohnort, Straße Telefonnummer		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden	
Wohnungswunsch:	1 – Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> 2 – Zimmerwohnung <input type="checkbox"/> Wie viele Personen möchten in die Wohnung einziehen? _____	
1. Angehörige/r Wie verwandt?	Name Anschrift Telefon E-Mail Adresse	
2. Angehörige/r Wie verwandt?	Name Anschrift Telefon E-Mail Adresse	
Gesetzlicher Betreuer/in Bevollmächtigte/r Name Adresse, Telefon.	Betreuung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden	<input type="checkbox"/> 1. Angehöriger <input type="checkbox"/> 2. Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter oder:
Kranken/ Name Pflegekasse Anschrift Mitgliedsnummer	
Pflegegrad Bescheid vom	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Zu wann ist der Einzug gewünscht?	Datum
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist der Hausarzt?	Name, Anschrift

Ich erkläre hiermit:

dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte einverstanden bin. Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des aktuellen Datenschutzrechtes verwendet.

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 Überleitungsboogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

, den

Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter