


Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:		
 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <small>Seniorenzentrum Emilienpark</small> </div> <p style="margin: 5px 0;">Emilienpark 2, 79639 Grenzach - Wyhlen</p> <p style="margin: 0 0 5px 0;">Telefon: 07624/30080</p> <p style="margin: 0 0 5px 0;">Fax: 07624/3008399</p> <p style="margin: 0 0 5px 0;">sz-grenzach-wyhlen@awo-baden.de</p>		
Eingang: _____		
<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		
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	
Konfession:		
1. Angehörige/r Name Wie verwandt? Anschrift Telefon E-Mail Adresse		
2. Angehörige/r Name Wie verwandt? 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/ Pflegekasse Name 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"/>
Beihilfekasse Name Anschrift Aktenzeichen	
Weitere Kostenträger Name Anschrift	
Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges Sozialamt Name Anschrift Aktenzeichen	
Zu wann ist der Einzug gewünscht? Datum	
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer ist der Hausarzt? Wer ist der Zahnarzt? Weitere Ärzte?	Name, Anschrift Name, Anschrift 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 Überleitungs bogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

, den

 Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter