



Aufnahmeantrag Seniorenpflege

Vor- und Nachname ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum/ Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit/ *Religion:	
Familienstand, seit:	
*Früherer Beruf:	
Wohnort/ Straße:	
Telefon:	

Derzeitiger Aufenthalt: (andere Einrichtung, Reha, Krankenhaus,...)	
Gewünschter Aufnahmetermin:	

Nächste Angehörige

1. Vorname/Nachname Verwandtschaftsverhältnis Anschrift Telefon E-Mail-Adresse	
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Vorname/Nachname Verwandtschaftsverhältnis Anschrift Telefon E-Mail-Adresse	
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Vorname/Nachname Verwandtschaftsverhältnis Anschrift Telefon E-Mail-Adresse	
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Betreuer

Name Anschrift Aufgabengebiete Telefon / E-Mail-Adresse	
--	--

Hausarzt

Name	
Anschrift	
Telefon	

Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Pflegegrad:	
Antrag auf Pflegegrad gestellt am:	
*Zuzahlungsbefreiung für Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Schwerbehindertenausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Finanzierung	<input type="checkbox"/> eigene Mittel <input type="checkbox"/> Beihilfen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____
Monatliches Einkommen:	<input type="text"/> Euro

**Die gekennzeichneten Angaben sind für Interessenten freiwillig.
Bei Aufnahme sind diese Angaben notwendig*

Elektrische Geräte

Ich verpflichte mich jedes elektrische Gerät bei Einzug oder auch später beim Sozialdienst anzumelden. Ich stimme einer regelmäßigen Prüfung meiner eigenen elektrischen Geräte zu. Die Benutzung von Tauchsiedern, Heizdecken und Heizkissen ist nicht erlaubt.

Hiermit willige ich zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Richard Drautz Stiftung ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Versagung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die pflegerischen Leistungen nicht erbracht werden können.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht, bei den beteiligten Stellen oder Personen Auskunft über gespeichert Daten zu meiner Person, zu verlangen und dass ich gegebenenfalls deren Berichtigung, Löschung oder Sperrung verlangen kann und ein Widerspruchsrecht habe.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Auskünfte

Ort/ Datum: _____ Unterschrift Antragssteller: _____