

Aufnahmeantrag Seniorenpflegeheim Altendorf und Altenpflegeheim Harthau

Bezeichnung der Einrichtung / Stempel	Eingangsvermerke der Einrichtung						
Aufnahme in (Zutreffendes bitte ankreuzen)							
die Pflegeeinrichtung	am:						
die Kurzzeitpflege	vom:	bis:					
die Tagespflege	ab:	bitte Wochentage angeben:	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.
Nutzung Fahrdienst Tagespflege			ja	nein			

Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem Änderungsdienst

1. Angaben zur aufzunehmenden Person	
Name, Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort
Anschrift	Telefon
Staatsangehörigkeit	Familienstand
Deutschland andere:	ledig verheiratet geschieden verwitwet
Versicherungsverhältnis (zum Bsp. Rentner, freiwilliges Mitglied, privat versichert, Familienhilfe)	
Derzeitiger Aufenthalt	Details zu Krankenhaus, Reha-Klinik oder Sonstiges
unter der obigen Anschrift Krankenhaus	
Reha-Klinik Sonstiges	

2. Angaben zur Pflege	
Name der Krankenkasse	Anschrift
Telefon	Versichertennummer
Wurde die stationäre Pflege bei der Krankenkasse beantragt?	ja nein
Wurde Kurzzeitpflege bei der Krankenkasse beantragt?	ja nein
Wurde Tagespflege bei der Krankenkasse beantragt?	ja nein
Angaben zum Pflegegrad erteilt beantragt	
Pflegegrad	
Wurde eine Überprüfung des Pflegegrades bei der Pflegekasse beantragt?	ja nein wenn ja, wann?
Bei Kurzzeitpflege: Wurde bereits im laufenden Kalenderjahr Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?	ja, Tage nein
Bei Tagespflege: Abtretungserklärung für Eigenanteil	ja, gewünscht nein

3. Kostenträger

Ist der monatlich zu zahlende Eigenanteil aus eigenem Einkommen/Vermögen bezahlbar? ja nein

Wurde Sozialhilfe beantragt? ja, am nein

Wenn ja, durch zuständiges Sozialamt
(Name, Anschrift, ggf. Telefon)

4. Abrechnung

Rechnungsempfänger (Name, Vorname, ggf. Telefonnummer) Anschrift

Ich wünsche die Übermittlung der Heimkostenabrechnung (zutreffendes bitte ankreuzen)

per Post per E-Mail, an folgende E-Mail-Adresse

☐ Ich bestätige, dass ich mit dem Erhalt von elektronischen Rechnungen und der Speicherung meiner Daten einverstanden bin. Die Datenspeicherung kann jederzeit widerrufen werden. Der Versand der E-Mail erfolgt verschlüsselt. (bitte ankreuzen)

5. Ärztliche Versorgung

Hausarzt Name, Vorname Anschrift und Telefon

Facharzt Name, Vorname Anschrift und Telefon

Fachrichtung

Facharzt Name, Vorname Anschrift und Telefon

Fachrichtung

Facharzt Name, Vorname Anschrift und Telefon

Fachrichtung

Weiterer Facharzt vorhanden. Bitte auf gesondertem Blatt beifügen.

6. Angaben zu Angehörigen

Angehöriger 1	Name, Vorname	Verwandschaftsverhältnis
	Anschrift	Telefon
Angehöriger 2	Name, Vorname	Verwandschaftsverhältnis
	Anschrift	Telefon
Angehöriger 3	Name, Vorname	Verwandschaftsverhältnis
	Anschrift	Telefon
Angehöriger 4	Name, Vorname	Verwandschaftsverhältnis
	Anschrift	Telefon
Weitere wichtige Bezugspersonen vorhanden. Bitte auf gesondertem Blatt beifügen.		
Bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege bitte einen Ansprechpartner für die Dauer des Aufenthalts angeben.		
	Name, Vorname	Anschrift
	Telefon	

7. Vorsorge / Vollmachten

Vorsorgevollmacht erteilt?	wenn ja, erteilt an (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)
ja nein	
Betreuung bestellt?	wenn ja, erteilt an (Name, Vorname, Anschrift, Telefon)
ja nein	

8. Anlagen

Einzureichende Dokumente	Abgegeben	Abgegeben am	wird nachgereicht
vom Hausarzt ausgefüllter Fragebogen			
Kostenzusage der Pflegekasse			
Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis			
Patientenverfügung			

9. Wichtiger Hinweis - aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel

Bei Aufnahme in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung (außer bei Aufnahme in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege) ist der Versicherte laut Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zur Rückgabe der eventuell bis zu diesem Zeitpunkt nicht genutzten aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel aus dem ambulanten Bereich verpflichtet.

Bitte beachten Sie, dass bei Aufnahme in eine Kurzzeitpflege bzw. Tagespflege aufsaugende Inkontinenzhilfen, falls diese erforderlich sind, vom Gast selbst mitzubringen sind.

Datenschutz

Die auf den nachfolgenden Seiten enthaltene Datenschutzerklärung ist Bestandteil dieses Aufnahmeantrags und wurde durch mich zur Kenntnis genommen und unterzeichnet.

Unterschrift

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift (Vor- und Nachname)
Antragsteller / Vorsorgebevollmächtigter /
Betreuer

Ort, Datum

Bei wiederholter Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege ist keine neue Anmeldung auszufüllen. Bitte überprüfen Sie die bereits vorliegenden Angaben auf ihre Richtigkeit.

Datenschutz

Die Datenaufnahme und -verarbeitung erfolgt auf Grund gesetzlicher Vorgaben, um den Vertrag zwischen Ihnen und dem Träger und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu werden die von Ihnen mitgeteilten personenbezogene Daten sowie Gesundheitsdaten, sowie Daten, die sich aus ärztlichen Dokumenten und sozialrechtlichen Versicherungsverhältnissen und Leistungsbescheiden ergeben, erhoben und genutzt.

1. Welche Daten werden aufgenommen und verarbeitet?

- a. Personenstammdaten, z. B. Name, Geburtsdatum, -ort, Geschlecht, Anschrift, Staatsangehörigkeit, Angehörige
- b. Sozialrechtliche / Sozialdaten, z.B. Familienstand, Krankenkasse /-versicherung, ggf. Sozialhilfeträger, Ärzte, Sozialstation, Pflegegrad, Leistungsbescheide
- c. Abrechnungsdaten, z. B. Bankverbindung
- d. Daten zur Unterkunft
- e. Daten zur Vorsorge, z. B. Fragebögen Hausarzt, Vollmachten, Patientenverfügung

2. Zweck der Datenaufnahme und -verarbeitung

Die personenbezogenen Daten werden für verschiedene Zwecke erhoben, erfasst und gespeichert. Für nachfolgende Zwecke findet eine Verarbeitung statt:

- a. Aufnahme in die Einrichtung
- b. Abschluss von Wohn- und Betreuungsverträgen
- c. Dokumentation in der Einrichtung- Medikamentengabe
- d. Bestellung Pflegehilfsmittel
- e. Zusammenarbeit mit Ärzten
- f. Abrechnung mit Kostenträgern
- g. Daten im Zusammenhang mit Bevollmächtigten
- h. Versicherungsfälle- insbesondere Haftpflichtschäden

3. Weitergabe an Dritte

Eine Datenübermittlung an Dritte erfolgt unter Beachtung des Datenschutzes zweckgebunden zur Erfüllung der Betreuung und Finanzierung aus dem zugrundeliegenden Vertrag. Empfänger personenbezogener Daten sowie der Gesundheitsdaten können vor allem intern die zuständigen Abteilungen für die Abrechnung und Verwaltung sein. Im externen Bereich erfolgt eine Datenweitergabe an Kostenträger, Leistungsanbieter von Pflegehilfsmitteln, Ärzte und Versicherungen.

4. Einwilligung

Sofern sich nicht bereits eine gesetzliche Ermächtigung ergibt, stimmt der Bewohner/Auftraggeber ausdrücklich einer Weitergabe personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten an Kostenträger, Behörden, Versicherungen und zuständige Stellen zum Zweck der Leistungserfüllung und Finanzierung zu. Der Bewohner/Auftraggeber verpflichtet sich, die erstellten Gutachten zu seiner Pflegebedürftigkeit dem Träger zur Verfügung zu stellen.

5. Rechte

Sie haben gegenüber uns folgende Rechte hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten: Recht auf Auskunft der gespeicherten Daten; Recht auf Berichtigung; Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung, Recht auf Löschung unter Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen und das Recht auf Datenübertragbarkeit

6. Beschwerderecht

Sie haben das Recht, sich jederzeit an eine Aufsichtsbehörde zu wenden, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die EU-Datenschutzgrundverordnung verstößt. https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html.

7. Datenschutzbeauftragte

Heim gemeinnützige GmbH, Lichtenauer Weg 1, 09114 Chemnitz, Telefon: +49 371 471000, E-Mail: datenschutz@heimggmbh.de

8. Widerruf

Diese Einwilligungserklärung ist jederzeit für die Zukunft widerrufbar.

Unterschrift (Vor- und Nachname)
Vertragspartner oder dessen gesetzlicher
Vertreter

Ort, Datum