SAMARITER STIFTUNG

Anmeldung

für Einrichtung (Name des Hauses): _____

☐ Vollstationäre Pflege
☐ Kurzzeitpflege
vom _____
bis _____

im beschützenden/gerontopsychiatrischen Bereich (sofern vom Haus angeboten)? ☐ ja ☐ nein

Art der Unterbringung
☐ Einzelzimmer
☐ Doppelzimmer

Art der Anmeldung
☐ dringend
☐ vorsorglich

Bewerber(in)

Nachname: _____ ggf. Geburtsname: _____
Vorname(n): _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Ort: _____
Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
Familienstand: ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ ledig

Derzeitiger Aufenthaltsort
Einrichtung: _____
Adresse: _____
Ansprechpartner(in) dort: _____
Telefon: _____

Angehörige/Bezugspersonen

1. Vor- und Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

2. Vor- und Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

3. Vor- und Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
Verwandtschaftsgrad: _____

Gesetzliche(r) Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/Rechnungsempfänger(in)

Vor- und Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ Telefon: _____
PLZ, Ort: _____ Mobiltelefon: _____
E-Mail: _____
☐ Betreuung ☐ Vollmacht ***Bitte Kopie der Urkunde beilegen!***

Kranken-/Pflegekasse ***Bitte Kopie der Versichertenkarte beilegen!***

Bezeichnung: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____ Von Zuzahlung befreit? ☐ ja ☐ nein

Versicherungs-Nr.: _____ Ggf. Beihilfestelle: _____

Hinweis: Die Versicherungsnummer (Kennnr. des Trägers) und die Versichertennummer sind auf der Versichertenkarte gut zu finden.

Pflegeversicherung

☐ noch keine Einstufung in einen Pflegegrad

Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
für den Bereich ☐ ambulant ☐ stationär

Antrag auf Einstufung gestellt?
☐ ja ☐ nein

Antrag auf Höherstufung gestellt?
☐ ja ☐ nein

Bitte Kopie des Einstufungsbescheides – sofern vorhanden – beilegen!

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin

Vor- und Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Facharzt/-ärztin

Vor- und Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Telefon: _____

PLZ, Ort: _____

Ärztlicher Fragebogen ☐ ist beigefügt ☐ wird nachgereicht

Name Antragsteller(in): _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift, ggf. Stempel: _____

Hinweis zum Datenschutz:
Ihre personenbezogenen Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, werden zum Zweck der Aufnahme, Betreuung und Pflege in der Pflegeeinrichtung verarbeitet. Die erhobenen personenbezogenen Daten werden elektronisch erfasst und gemäß den gesetzlichen Vorgaben verarbeitet und gespeichert. Tritt kein Vertragsabschluss ein, werden die Daten innerhalb von 12 Monaten gelöscht. Die Rechtsgrundlage hierfür ist die Einwilligung, die Erfüllung des Betreuungsvertrags und rechtliche Verpflichtungen. Eine Weitergabe an Dritte geschieht nur unter der Maßgabe einer gesetzlichen Grundlage, Rechtsvorschrift oder persönlichen Einwilligung und zur Sicherung der Versorgung der uns anvertrauten Personen. Sie haben das Recht, Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten, diese zu berichtigen, zu löschen oder die Verarbeitung einzuschränken. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@samariterstiftung.de. Bitte beachten Sie die ausführlichen Datenschutzhinweise zur Erfüllung der gesetzlichen Informationspflichten nach § 17 DSG-EKD für Interessenten und Angehörige zur Aufnahme.