

Aufnahmeantrag

Bitte per Fax zurück: 08823/93 770-100

alma Domizil „An den Isarauen“ Mittenwald GmbH

Isarauenstrasse 17 in 82481 Mittenwald

kontakt@alma-mw.de

Tel. (08823) 93 770-0 Fax: (08823) 93 770-100

für vollstationäre Pflege

Verhinderungspflege/Kurzzeitpflege

Familienname: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Straße: _____

Plz/Ort: _____

Familienstand:

verheiratet

getrennt lebend

geschieden

verwitwet

ledig

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit _____

Geburtsdaten _____

geb. am _____ in _____

Erlerner Beruf: _____

Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Derzeitiger Aufenthalt

Name des Krankenhauses, des Heimes

Anschrift des Krankenhauses, des Heimes

Telefon

Aufnahmetag

Aufnahmegrund

Zuständiger Sozialdienst

Kurze Biografie: _____

Angehörige

Name Telefon

wie verwandt PLZ/Ort Straße

oder nächste Bekannte,
Freunde

Name Telefon

wie verwandt PLZ/Ort Straße

Berechtigter

Name Anschrift Telefon

als gerichtlich bestellter Betreuer laut Beschluß vom:

Bevollmächtigter aufgrund privater Vollmacht notarieller Vollmacht

Vermögensangelegenheiten

Gesundheitsfürsorge (Vorsorgevollmacht)

Aufenthaltsbestimmung

Postangelegenheiten

Abschluß Heimvertrag

Untervollmachten möglich für:

Vermögensangelegenheiten

Abschluß Heimvertrag

Postangelegenheiten
erteilt am: _____

Krankenkasse:

Anschrift _____

Mitgliedsnummer: _____

Beihilfe: nein ja: 50:50 70:30

Von Pflegekasse anerkannter Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 beantragt

Zuzahlungsbefreit (Befreiung von Rezeptgebühren) ja nein

Name/Anschrift des Hausarztes:

Name Adresse Telefon

Name/Anschrift des Zahnarztes:

Name Adresse Telefon

Monatliches Einkommen des Aufzunehmenden

(Beantwortung entfällt, wenn Kostenfrage einwandfrei geklärt ist.)

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag
A			
B			
C			
D			

Angaben über den Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)

vollständig aus dem oben angeführten Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen

Zahlung durch Dritte:

das zuständige Sozialamt in:

zu beantragen genehmigt

Gewünschte Unterbringung:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Eigene Bemerkungen / Wünsche

Diätkost erforderlich (welche?/warum?)

Allergien

Gewünschter Termin zur Aufnahme

Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht

Besteht eine Sterbeversicherung

ja nein

Bestattungswunsch:

Bestattungsinstitut:

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden

Name

Plz/Ort

Telefon

in welcher Eigenschaft:

Vorhandene Unterlagen

- ärztliches Gutachten/Arztbrief
- MDK-Gutachten
- Schwerbehindertenausweis
- Betreuerausweis
- Arzneimittelbefreiung
- Beschluß Amtsgericht (FEM, Unterbringung o.ä.)

Auf wessen Empfehlung erfolgt Ihr Aufnahmeantrag?

- Hausarzt
- Krankenhaus, welches?
- Sozialdienst o. Station in
- Angehörige
- Sonstige, welche?

Zusatzausstattung: Telefon

- ja (€ 15,99/Monat)
- Leihgerät € 2,60/Monat
- eigenes Gerät

TV
Kühlschrank

- ja € 13,00/Monat
- ja € 10,00/Monat

Bei den Selbstzahlern sind diese Kosten bereits im Investitionskostensatz enthalten

Nachsendung Bewohnerpost

- ja nein

Einzugsermächtigung für Heimkosten

- ja nein

Ort

Unterschrift des Antragsstellers

Datum

Wenn nicht Personengleichheit auch
Unterschrift des Aufzunehmenden

Der Interessent bzw. sein bevollmächtigter Vertreter versichern, dass sie die vorstehenden Angaben wahrheitsgemäß gemacht haben und dass in den letzten 5 Jahren weder ein Insolvenzverfahren über ihr Vermögen eröffnet bzw. die Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse abgewiesen – noch eine eidesstattliche Versicherung über ihre Vermögensverhältnisse abgegeben wurde oder Haftbefehl zur Erzwingung einer solchen Versicherung ergangen ist oder entsprechende Verfahren derzeit anhängig sind.

Anlage: Ärztlicher Fragebogen

Datenschutzinformation für Interessenten eines Heimplatzes

Die freiwillig zur Verfügung gestellten und erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Durchführung und Erfüllung der vom Interessenten erfolgten Anfrage zur möglichen Heimaufnahme verwendet. Die nachstehende Übersicht informiert über die Verarbeitung personenbezogener Daten nach DSGVO i.

Verantwortlicher (Name u. Anschrift)	Alma Senioren-Domizile GmbH Sonja Nowak Lagerhausstraße 9 82467 Garmisch-Partenkirchen
Datenschutzbeauftragter (Name u. Anschrift)	HWH Gesellschaft für Datenschutz und Beratung GmbH Herr Dr. Landauer Bürgermeister-Rohrmüller-Str.14 86554 Pöttmes Tel. 08091/39398-60 Landauer@hwh-datenschutz.de
Zweck der Datenverarbeitung	Bearbeitung des Interesses an einer Heimaufnahme
Rechtsgrundlage	Berechtigtes Interesse
Datenkategorien	Kontaktdaten (Name, Anschrift, Telefon, Email) sowie Daten, die zur Durchführung der Voranfrage einer Heimaufnahme im Hinblick auf die Vorprüfung eines Vertragsverhältnisses erforderlich sind
Dauer der Speicherung / Aufbewahrung	Die Daten werden während der Dauer des Informationsprozesses gespeichert und nach dessen Beendigung solange aufbewahrt bis sämtliche gesetzliche Aufbewahrungsfristen abgelaufen und/oder etwaige zivilrechtliche Ansprüche verjährt sind bzw. in ein sich hieraus ergebendes Heimvertragsverhältnis übernommen
Empfänger von Daten	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltung • Pflegedienstleitung • Heimleitung • Geschäftsführung nach Heim-Vertragsabschluß: <ul style="list-style-type: none"> • Kostenträger • Banken/Versicherungen • Zuständige Behörden • Steuer-/Rechtsberater <p>Eine Weitergabe erfolgt nur im minimal erforderlichen Umfang soweit es für die Vertragsdurchführung notwendig ist, auf einer gesetzlichen Grundlage beruht oder ein berechtigtes Interesse hierzu besteht. Mitarbeiter und beauftragte Dienstleister sind zur Verschwiegenheit und Einhaltung der Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Ihre Daten werden nicht zu Werbezwecken o.ä. weitergegeben.</p>
<p>Auskunftsrecht Sie können jederzeit Auskunft darüber verlangen, welche Daten wir über Sie verarbeitet haben.</p> <p>Recht auf Berichtigung / Löschung / Einschränkung / Widerspruch Sofern die gespeicherten Daten unrichtig sind, können Sie von uns Berichtigung und Löschung der unrichtigen Daten verlangen. Der Datenverarbeitung kann jederzeit widersprochen werden. Zur Ausübung Ihrer Rechte wenden Sie sich bitte an den o.a. Verantwortlichen bzw. Datenschutzbeauftragten.</p> <p>Beschwerderecht Sie können sich über die Erhebung Ihrer Daten, deren Speicherung und Verarbeitung beim zuständigen Landesbeauftragten für Datenschutz als Aufsichtsbehörde beschweren.</p>	

Hiermit erkläre(n) ich/wir die obenstehenden Angaben nach DSGVO erhalten zu haben.