

# AUFNAHMEANTRAG REGION TUTTLINGEN

- Altenzentrum Bürgerheim Tuttlingen**
- Altenzentrum St. Anna Tuttlingen**
- Altenzentrum St. Antonius Mühlheim**

Ansprechpartner: Kathrin Kossmann • Luginsfeldweg 14 • 78532 Tuttlingen  
 Telefon 07461 96639-716 • Fax 07461 96639-733  
 E-Mail kathrin.kossmann@stiftung-st-franziskus.de

- |                                                     |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege      | <input type="checkbox"/> Neuaufnahme                                            |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege             | <input type="checkbox"/> Vorsorgliche Anmeldung                                 |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege        | Zeitraum: <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"></table>        |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege                | Gewünschte Tage: <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"></table> |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst für Tagespflege | Einzug am: <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"></table>       |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst               | Zimmer: <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"></table>          |

Name, Vorname <small>ggf. Geburtsname</small>				Geburtsort/-datum
Straße				
PLZ		Ort		
Telefon				
Familienstand		Staatsangehörigkeit		Konfession

	Angehörige <small>Verwandtschaftsverhältnis</small>	Name	Straße / Ort / Telefon/ Email
1	<b>Ansprechpartner für Heimverwaltung</b>		
2			
3			

An wen soll die Rechnung gehen? Name / Straße / Ort / Telefon

Sind Sie bereits Kunde der Stiftung?  Nein  
 Ja, und bitte die bisherigen Zahlungsmodalitäten beibehalten  
 Ja, aber bisherige Modalitäten (z.B. SEPA) sollen nicht weitergelten

Wünschen Sie die Rechnung per E-Mail?  Ja, meine Adresse lautet: \_\_\_\_\_

Wer übernimmt die Zahlungspflicht?  Selbstzahler  Sozialamt:  (bitte Sozialamt angeben)

Betreuer (nach Betreuungsrecht)

Altersvorsorge- oder Generalvollmacht

Kranken-/Pflegekasse

Hausarzt

Medikamentenzuzahlung  Befreit  Nicht befreit

Versorgung mit Inkontinenzartikeln (nur für Kurzzeitpflegegäste)  Durch Einrichtung (Tagessatz 1,22 €)

Pflegegrad  Nein  Beantragt am:   
 Ja, und zwar:

Eingeschränkte Alltagskompetenz  Ja  Nein

Wäschereinigung (nur für stationäre Kunden)  Durch Einrichtung

Besondere Hinweise

### Hinweise zum Datenschutz

Selbstverständlich behandeln wir alle von Ihnen erhaltenen Informationen vertraulich und geben diese vor einer weiteren Vereinbarung (z.B. Heimvertrag) nicht an Dritte weiter. Mit Ihrer Unterschrift gestatten Sie uns die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten und die Kontaktaufnahme per Telefon oder E-Mail. Ihre Einwilligung ist freiwillig und Sie können sie jederzeit widerrufen. Wenn Sie uns mitteilen, dass Sie kein Interesse mehr an einer Pflege durch uns haben, werden wir Ihre Daten löschen.

Ort \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers oder des Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter stiftung st. franziskus heiligenbronn \_\_\_\_\_