

# AUFNAHMEANTRAG

**Altenzentrum Selige Irmgard Baidt**

Ansprechpartner: Johannes Linse, Einrichtungsleitung  
Telefon 0 75 02 94 08 501 • Fax 0 75 02 94 08 511  
E-Mail johannes.linse@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			

Name / Straße / Ort / Telefon

An wen soll die Rechnung gehen?

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 <small>(nach Betreuungsrecht)</small>	
Altersvorsorge- oder Generalvollmacht	
Kranken-/Pflegekasse	
Hausarzt	

Medikamentenzuzahlung  Befreit  Nicht befreit

Covid-19-Impfung  Ja  Nein

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

Pflegeeinstufung  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 Mitarbeitender  
Stiftung St. Franziskus