

# AUFNAHMEANTRAG

## Altenzentrum St. Konrad

Ansprechpartner: Patric Kreszan  
 Telefon 0741 174126-160 • Fax 0741 174126-177  
 E-Mail patric.kreszan@stiftung-st-franziskus.de

- Vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- Tagespflege
- Fahrdienst für Tagespflege
- Pflegedienst

- Neuaufnahme
- Vorsorgliche Anmeldung

Zeitraum:

Gewünschte Tage:

Einzug am:

Zimmer:

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

	Angehörige <small>Verwandschaftsverhältnis</small>	Name	Straße / Ort / Telefon / E-Mail
1	<b>Ansprechpartner für Heimverwaltung</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wer wird als Rechnungsempfänger angegeben?  
 E-Mail-Adresse für den Rechnungsversand?

Name / Straße / Ort / Telefon

meine Adresse lautet: \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits  
Kunde der Stiftung?

- Nein  
 Ja, und bitte die bisherigen Zahlungsmodalitäten beibehalten  
 Ja, aber bisherige Modalitäten (z.B. SEPA) sollen nicht weitergelten

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 1,50 €)

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