

# AUFNAHMEANTRAG

<input type="checkbox"/>	Altenzentrum Bürgerheim in Tuttlingen	<input type="checkbox"/>	Pflegedienst St. Franziskus
<input type="checkbox"/>	Altenzentrum St. Anna in Tuttlingen	<input type="checkbox"/>	Tagespflege St. Anna
<input type="checkbox"/>	Altenzentrum St. Antonius in Mühlheim		

**Ansprechpartner:**

Kontakt Belegungsmanagement  
Luginsfeldweg 14, 78532 Tuttlingen  
Telefon 07461 / 96639-716 • Fax -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	Verwandtschaftsverhältnis	Name	Straße / Ort / Telefon/ Email
1	Ansprechpartner für Heimverwaltung		
2			
3			

Name / Straße / Ort / Telefon

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

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