

AUFNAHMEANTRAG

Altenzentrum Luise-Poloni-Heim

Ansprechpartner: Ramona Leicht-Ritter, Nadine Sabitzer
 Telefon 07071 / 9870 830 • Fax 07071 / 9870 840
 E-Mail ramona.leicht-ritter@stiftung-st-franziskus.de,
 nadine.sabitzer@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: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Tagespflege | Gewünschte Tage: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fahrdienst für Tagespflege | Einzug am: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst | Zimmer: <input type="text"/> |

Name, Vorname
ggf. Geburtsname

Geburtsort/-datum

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Konfession

Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Straße / Ort / Telefon/ E-Mail

	Verwandtschaftsverhältnis	Name	Straße / Ort / Telefon/ E-Mail
1	Ansprechpartner für Heimverwaltung		
2			
3			

Wer wird als
Rechnungsempfänger
angegeben?

Name / Straße / Ort / Telefon

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