

# AUFNAHMEANTRAG

## Altenzentrum St. Veronika

Ansprechpartner: Fabienne Köhle  
 Telefon 07403 9215-5431 • Fax 07403 9215-5425  
 E-Mail fabienne.koehle@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  
ggf. Geburtsname

Geburtsort/-datum

Straße

PLZ

Ort

Telefon

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Konfession

### Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis

Name

Straße / Ort / Telefon / E-Mail

	Angehörige	Name	Straße / Ort / Telefon / E-Mail
1	Ansprechpartner für Heimverwaltung		
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 (nach Betreuungsrecht)

Altersvorsorge- oder Generalvollmacht

Kranken-/Pflegekasse

Hausarzt

Medikamentenzuzahlung  Befreit  Nicht befreit

Covid-19-Impfung  Ja  Nein

Versorgung mit Inkontinenzartikeln (nur für Kurzzeitpflegegäste)  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