

HOSPITALSTIFT BAYREUTH

Alten- und Pflegeheim mit Kurzzeitpflege

Lisztstr. 21, 95444 Bayreuth

Tel. (0921) 76439-0



Anmeldung zur Heimaufnahme

(unverbindlich)

- Einzelzimmer (25,50 qm) Langzeitpflege Kurzzeit-/Verhinderungspflege
 Platz im Doppelzimmer (35,20 qm : 2 = 17,60 qm)

Gewünschter Einzugstermin: _____

Die Aufbewahrungsfrist von Anmeldungen für die Vormerkliste beträgt zwei Jahre.

BITTE GUT LESERLICH UND VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!

Aufzunehmende Person:

Familienname, bei Frauen auch Geburtsname:		Vornamen, Rufname bitte unterstreichen:
geb. am:	in:	Kreis, Land:
Fam. Stand:	Konf.:	fr. Beruf:
PLZ:	Ort:	Straße, Nr.:
Telefon:		

Ehepartner:

Familienname, bei Frauen auch Geburtsname:		Vornamen, Rufname bitte unterstreichen:
geb. am:	in:	Kreis, Land:
Eheschließung am:	in:	Kreis, Land:
Telefon:		

Kinder:

Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:
Name:	Anschrift:	Tel.:

Sonstige Angehörige/Bezugspersonen:

Name:	Anschrift:	Tel.:
Beziehung:		
Name:	Anschrift:	Tel.:
Beziehung:		

Eingehende Post soll:

- dem Bewohner persönlich ausgehändigt werden
 für Betreuer / Bevollmächtigten in der Verwaltung gesammelt werden
 an Betreuer / Bevollmächtigten per Post zugeschickt werden

Bitte wenden 

Besteht eine gesetzliche Betreuung?

Nein Ja,

Name, Adresse und Tel. des Betreuers

Besteht eine Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht?

Nein Ja,

Name, Adresse und Tel. des Bevollmächtigten

Besitzen Sie eine Patientenverfügung?

Nein Ja

Verfügen Sie über einen Vorsorgevertrag?

Nein Ja

Bestattungsunternehmen:

Name:

Straße

PLZ/Ort:

Telefon

Wenn ja, bitte entsprechende Nachweise in Kopie einreichen. Vielen Dank!

Sind Sie in der Lage, die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu bezahlen, oder muss zur Deckung der Heimkosten ein Sozialhilfefantrag beim Bezirk Oberfranken gestellt werden?

Selbstzahler Übernahme der Heimkosten durch den Bezirk Oberfranken

Krankenkasse/Pflegekasse:

Versichertennummer:

Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse:

Nein Ja

Sind Sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften beihilfeberechtigt?

Nein

Ja, zu _____%

Pflegegrad: _____ **seit:** _____

Hausarzt: _____

Ich versichere die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mit Abgabe der unterzeichneten Anmeldung zur Heimaufnahme bestätige ich den Erhalt der vorvertraglichen Informationen nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz.

Bayreuth, _____

Unterschrift

Wie wurden Sie auf das Hospitalstift aufmerksam?

Empfehlung durch Bekannte

Empfehlung durch Arzt/Krankenhaus

Zeitungsanzeige

Telefonbuch

Internet

Einwilligung in die Datenerhebung, -nutzung sowie -verarbeitung gemäß Datenschutz

Name, Vorname _____

Ich erteile **freiwillig** meine Einwilligung, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten, allein zur Speicherung für die Vormerkliste bzw. für ein eventuell später entstehendes Vertragsverhältnis genutzt werden und auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen und Löschfristen verarbeitet werden.

Mir ist es bewusst, dass ich gemäß § 35 Bundesdatenschutzgesetzes jederzeit und ohne Angaben von Gründen von meinem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen darf.

Ich darf jederzeit die **Berichtigung, Löschung und Sperrung** einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung meiner personenbezogenen Daten und die **Erhebung zusätzlicher Informationen** bedarf es regelmäßig der Einwilligung meiner Person. Auch darüber wurde ich eindeutig informiert.

Ort, Datum

Unterschrift des Betroffenen /
Bevollmächtigten