


Gültigkeit: 27.03.2026 (unverändert) Revision: 1 Seite 1 von 2	Anmeldung zur Heimaufnahme (unverbindlich)	 Hospitalstift <small>BAYREUTH</small> Qualitätsmanagement Mitgeltende Unterlagen
--	---	---

Hospitalstift Bayreuth, Lisztstraße 21, 95444 Bayreuth		
Telefon: 0921/76439-0	Fax: 0921/76439-200	E-Mail: verwaltung@hospitalstift-bayreuth.de

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer (25,5 m ²)	<input type="checkbox"/> Platz im Doppelzimmer (35,2 m ² : 2 = 17,6m ²)
<input type="checkbox"/> Langzeitpflege	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege-/Verhinderungspflege
Gewünschter Einzugstermin:	


Familiennamen + Geburtsnamen:			
Vornamen (Rufname unterstreichen):			
Geburtsdatum/Geburtsort:			
Kreis, Land des Geburtsortes:			
Familienstand:		Konfession:	
Straße:			
Postleitzahl/Ort:			
Telefonnummer:			

Ansprechpartner (als Ansprechpartner gelten Personen, die berechtigt sind, Auskunft über den Bewohner zu erhalten):

Name/ Beziehung:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

Name/ Beziehung:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

Name/ Beziehung:	
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	

Gültigkeit: 27.03.2026 (unverändert) Revision: 1 Seite 2 von 2	Anmeldung zur Heimaufnahme (unverbindlich)	 Hospitalstift <small>BAYREUTH</small> Qualitätsmanagement Mitgeltende Unterlagen
--	---	---

Betreuung/Vollmacht (bitte entsprechende Nachweise in Kopie einreichen):

Besteht eine Betreuung?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Besteht eine Vorsorge- oder Generalvollmacht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Name:		
Adresse:		
Telefonnummer:		
E-Mail:		

Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
------------------------------------	--------------------------	----------------------------

Liegt ein Vorsorgevertrag vor?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Name des Bestattungsunternehmens:		
Anschrift:		
Telefonnummer:		
E-Mail:		

Heimkosten:

Selbstzahler:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Übernahme der Kosten durch den Bezirk Oberfranken:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Krankenkasse/Pflegekasse:

Name:			
Versichertennummer:			
Zuzahlungsbefreiung:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Beihilfeberechtigt nach beamtenrechtlichen Vorschriften:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Prozent:
Pflegegrad:			
Hausarzt:			

Die Aufbewahrungsfrist von Anmeldungen für die Vormerkliste beträgt zwei Jahre.	
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.	
Der Bogen muss vom Interessenten oder von der bevollmächtigten Person unterschrieben werden.	
Datum/ Unterschrift:	

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