

# AUFNAHMEANTRAG

## Altenzentrum St. Martin

Ansprechpartner: Melanie Schuhbauer  
 Einrichtungsleitung  
 Telefon 07433 907203 662 • Fax 07433 907203 650  
 E-Mail melanie.schuhbauer@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 <small>Verwandtschaftsverhältnis</small>	Name	Straße / Ort / Telefon / E-Mail
1	<b>Ansprechpartner für Heimverwaltung</b>		
2			
3			

An wen soll die Rechnung gehen? Name / Straße / Ort / Telefon

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 <small>(nach Betreuungsrecht)</small>	
Altersvorsorge- oder Generalvollmacht	
Kranken-/Pflegekasse	
Hausarzt	

Medikamentenzuzahlung  Befreit  Nicht befreit

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