



**Aufnahmeantrag Seniorenpflege** (Bitte sorgfältig ausfüllen)

Vor- und Zuname/ ggf. Geburtsname:	
Geburtsdatum/ Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit/ *Religion:	
Familienstand, seit:	
*Früherer Beruf:	
Wohnort/ Straße:	
Telefon:	

Derzeitiger Aufenthalt: (andere Einrichtung, Reha, Krankenhaus,...)	
Gewünschter Aufnahmetermin:	

**Nächste Angehörige**

1. Vorname/ Zuname/ Verwandtschaftsverhältnis/ Anschrift/ Telefon	
---	--

Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------	---

2. Vorname/ Zuname/ Verwandtschaftsverhältnis/ Anschrift/ Telefon	
---	--

Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------	---

3. Vorname/ Zuname/ Verwandtschaftsverhältnis/ Anschrift/ Telefon	
---	--

Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------	---

**Betreuer**

Name/ Anschrift/ Telefon/ Aufgabengebiete	
--	--



**Hausarzt**

Name	
Anschrift	
Telefon	

Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Pflegegrad:	
Antrag auf Pflegegrad gestellt am:	
*Zuzahlungsbefreiung für Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Schwerbehindertenausweis vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
*Finanzierung	<input type="checkbox"/> eigene Mittel <input type="checkbox"/> Beihilfen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Antrag gestellt am: _____
Monatliches Einkommen:	_____ Euro

*\*Die gekennzeichneten Angaben sind für Interessenten freiwillig.*

Bei Aufnahme sind diese Angaben notwendig

**Elektrische Geräte**

Ich verpflichte mich jedes elektrische Gerät bei Einzug oder auch später beim Sozialdienst anzumelden. Ich stimme einer regelmäßigen Prüfung meiner eigenen elektrischen Geräte zu. Die Benutzung von Tauchsiedern, Heizdecken und Heizkissen ist nicht erlaubt.

Hiermit willige ich zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Richard Drautz Stiftung ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Versagung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die pflegerischen Leistungen nicht erbracht werden können.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht, bei den beteiligten Stellen oder Personen Auskunft über gespeichert Daten zu meiner Person, zu verlangen und dass ich gegebenenfalls deren Berichtigung, Löschung oder Sperrung verlangen kann und ein Widerspruchsrecht habe.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Auskünfte

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragssteller: \_\_\_\_\_

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0001	Aufnahmeantrag RDS	g	2 von 2