DIE DIAKONIE-SCHWESTERNSCHAFT
Tagespflege Hofgarten

Tagespflege Hofgarten
Jahnstraße 2
71126 Gäufelden-Öschelbronn
Telefon:07032-2063152
Email:tp.hofgarten@edh-seniorendienste.de

Aufnahmeantrag Tagespflege

Anmeldung für bestimmte Werktage, bitte ankreuzen

☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag

1. Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geb. Datum: _____

Geb. Name: _____

Geb. Ort: _____

Konfession: _____

Beruf: _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Ehepartner, Lebenspartner

Name: _____

Vorname: _____

Straße/Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ehepartner: ☐

Lebenspartner: ☐

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend

3. Ansprechpartner:

1. Angehöriger:

Name: _____

Telefon: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Anruf Tag/Nacht/bei besonderen Ereignissen ☐ Ja ☐ Nein

2. Angehöriger:

Name: _____

Telefon: _____

Straße, PLZ , Ort: _____

E-Mail: _____

Anruf Tag/Nacht/bei besonderen Ereignissen ☐ Ja ☐ Nein

Verwandtschaftsgrad: _____

Weitere Kinder: _____

Welche der oben genannten Personen sollen in Notfallsituationen verständigt werden, bitte ankreuzen

☐ Ehepartner, Lebenspartner ☐ 1. ☐ 2.

BITTE WENDEN!

4. Hausarzt

Name: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort_____ Telefon._____

Bitte den ausgefüllten ärztlichen Bericht dieser Anmeldung beilegen.

5. Kostenträger

Einstufung in einen Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein wenn ja, in welchem?

_____

Einstufung beantragt: ☐ ja ☐ nein wenn ja, wann: _____

Krankenkasse: Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Art der Versicherung: ☐ Krankenversicherung der Rentner ☐ Privatversicherung.

_____

Wer trägt die Kosten für den Tagespflege Aufenthalt? ☐ selbst ☐ Sozialamt

Rechnungsempfänger: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Bezug von Rente oder Ruhegehalt von:

1. _____

2. _____

Bezug von Beihilfe: ☐ ja ☐ nein, wenn ja, von?_____

Bezug von Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente: ☐ ja ☐ nein

wenn ja, vom Versorgungsamt in _____

Besteht bereits eine gesetzliche Betreuung: ☐ Ja ☐ Nein

Oder Vollmacht: ☐ Ja ☐ Nein

wenn ja, Name und Anschrift: _____

_____

6. Sonstiges

_____

_____

Ort, Datum, Unterschrift

_____, _____

Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung der Daten des vorliegenden Aufnahmefragebogens gemäß §§6,11,13 und 17 DSG-EKD

Mit ihrer Anfrage über unsere Versorgungsangebote im Bereich vollstationäre/ teilstationäre Pflege, sowie im Betreuten Wohnen, haben Sie uns beauftragt zu prüfen, ob wir Ihnen ein passendes Angebot machen können, was letztlich ggf.in einen Heimvertrag, oder Miet- und / oder Betreuungsvertrag münden kann.
Um diesem Auftrag gerecht zu werden zu können, benötigen wir Informationen, die im Anfragebogen aufgeführt werden.

Gemäß § 6 Nr. 5 DSG-EKD sind wir berechtigt, mit den von Ihnen gemachten Angaben umzugehen.
Diese Angaben über Sie, über die von Ihnen rechtlich vertretene Person werden im Rahmen der Aufnahmeanfrage ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet und gespeichert.
Unter Einhaltung möglicher gesetzlicher Aufbewahrungsfristen werden sie gelöscht, wenn Sie Ihre Aufnahmeanfrage zurückziehen.
Sobald wir in der Lage sind, Ihnen ein Angebot machen zu können, werden wir Ihnen einen Heimvertrag anbieten.
Mit der Unterzeichnung des Vertrages sind die vorvertraglichen Maßnahmen abgeschlossen, Ihre Daten werden in der Bewohnerakte gespeichert und dienen der Erfüllung aller Maßnahmen, die aus dem Vertrag hervorgehen.
Nach Beendigung des Vertrages werden Ihre Daten, unter Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Die Datenschutzerklärung der Evangelischen Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal finden Sie auf der Homepage.

Sie haben das Recht, der Verwendung der Daten jederzeit zu widersprechen, wobei hierbei die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend beseitigt wird. Sie sind weiter berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie bzw. über die von Ihnen rechtlich vertretene Person gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

Sie haben das Recht die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten, welchen Sie auch auf der Homepage finden.

Sie haben auch das Recht sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren.
BfD EKD
Außenstelle Ulm; Hirschstr. 4; 89073 Ulm
Tel.:0731 140593-0
FAX: 0731 140539-20
sued@datenschutz.ekd.de
Träger aller Maßnahmen ist die Evangelische Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal e.V., Hildrizhauserstr. 29;71083 Herrenberg, vertreten durch deren Vorstand.

Da auch besondere Kategorien personenbezogener gemäß §4 Nr.2.DSG-EKD verarbeitet werden (hier insbesondere Gesundheitsdaten), bitten wir Sie an dieser Stelle in die Verarbeitung Ihrer Daten einzuwilligen.

Die Unterzeichnung dieser Erklärung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Bearbeitung Ihrer Anfrage ausschließen und / oder den Abschluss eines Heimvertrages, oder Miet- und Betreuungsvertrag unmöglich machen.

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Evangelische Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal im Rahmen des Aufnahmeverfahrens zur Kenntnis genommen und willige in das beschriebene Verfahren ein, insbesondere auch im Blick auf besondere Kategorien von Daten.
Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen und bin mir über die diesbezüglichen Folgen bewusst.

_____, den _____

_____

Unterschrift Interessent/ rechtliche Vertretungsperson