

QM Aufnahmeantrag

## Aufnahmeantrag

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht

### Angaben zur Person

Nachname	Geburtsdatum
Geburtsname	Geburtsort/Geburtsland
Vorname	Familienstand
Straße, Hausnummer	Konfession
Postleitzahl, Wohnort	Staatsangehörigkeit

### Weitere Angaben zur Person

Welcher Pflegegrad ist vorhanden? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keiner

Der Pflegegrad wurde bereits beantragt. ☐ ja ☐ nein

### Aufenthalt/Unterbringungswünsche

Daueraufenthalt ab ..... ☐ dringend ☐ vorsorglich

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ Einzelzimmer ☐ Zweibettzimmer

### **Diagnosen / Gesundheitsangaben / Wunden Kurzinfo:**

---

---

---

Dokumentenname: Aufnahmeantrag Stand: Oktober 2024	Erstellt von: Verwaltung	Geprüft von: Christiane Fischer (EL)	Freigegeben von: Christiane Fischer (EL) / Michael Holzwarth (GL)
--	-----------------------------	---	---

QM Aufnahmeantrag

**Kontakte / Angehörige**

\_\_\_\_\_  
Nachname / Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname / Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
E-Mail (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

\_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad

**Patientenverfügung**

☐ ja

☐ nein

☐ Patientenverfügung liegt in Kopie bei

**Betreuer**

☐ Betreuung wurde beantragt

☐ Betreuerausweis liegt in Kopie bei

**Bevollmächtigter**

☐ Vollmacht liegt in Kopie bei

\_\_\_\_\_  
Nachname / Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

**Rechnungsempfänger**

\_\_\_\_\_  
Nachname / Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

Dokumentenname: Aufnahmeantrag Stand: Oktober 2024	Erstellt von: Verwaltung	Geprüft von: Christiane Fischer (EL)	Freigegeben von: Christiane Fischer (EL) / Michael Holzwarth (GL)
--	-----------------------------	---	---

## QM Aufnahmeantrag

### Hausarzt

☐ übernimmt Versorgung im Haus

\_\_\_\_\_  
Nachname / Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl / Ort

### Teilnahme am Hausarztmodell:

☐ ja

☐ nein

**Hausarztmodell muss zwingend gekündigt werden, wenn Arzt nicht zur Visite ins Haus kommt!**

### Versicherungsverhältnis

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

### Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

☐ Selbstzahler

☐ das zuständige Sozialamt

**Bitte teilen Sie uns dringend eventuelle Lebensmittelunverträglichkeiten mit!**

**Mit nachstehender Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben versichert.**

### Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zum Erhebungsbogen (Anmeldung)

Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten aus dem Erhebungsbogen für die Erstellung eines Angebots/Kostenvoranschlages und ggf. wenn erste Pflege- und Betreuungsdienstleistungen erfolgen sollten, erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Die Weiterleitung von personenbezogenen Daten an Dritte ist nur dann vorgesehen, wenn Informationen zum Betreuungs- und Pflegehilfebedarf notwendig werden, die dem Angebot dienlich wären. Die Empfänger dieser Daten wären z. B. Pflegekasse, Krankenkasse, Hausarzt, andere Behörden, Apotheken und Angehörige.

Ich kann der Verwendung meiner Daten jederzeit widersprechen und die Löschung der Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen verlangen. Der Widerspruch ist schriftlich an das Seniorenzentrum „An der Volkach“ zu richten.

Volkach, den .....

.....  
(Unterschrift des Antragstellers)

.....  
(Unterschrift des zukünftigen Bewohners)

Dokumentenname: Aufnahmeantrag Stand: Oktober 2024	Erstellt von: Verwaltung	Geprüft von: Christiane Fischer (EL)	Freigegeben von: Christiane Fischer (EL) / Michael Holzwarth (GL)
--	-----------------------------	---	---