

# Aufnahmeantrag

Aufnahmeantrag für das Seniorenzentrum:	
AWO SZ Am Feldrain Am Feldrain 1 68799 Reilingen Telefon: 06205-3793-0 Fax: 06205-3793-150 info.szreilingen@awo-baden.de	
<input type="checkbox"/> Dauerpflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Tagespflege	
Name:	
Geburtsname:	
Vorname:	
(Rufname bitte unterstreichen)	
Geburtsdatum und -ort:	
Land/Kreis	
Letzter Wohnort, Straße Telefonnummer	
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Religionszugehörigkeit:	
1. Angehörige/r	
Name	
wie verwandt?	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
2. Angehörige/r	
Name	
wie verwandt?	
Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Gesetzlicher	
Betreuer/in,	
Bevollmächtigte/r	
Name	
Anschrift	
Telefon	
In wichtigen Angelegenheiten, im Krankheits- oder Todesfall sollen verständigt werden	<input type="checkbox"/> 1. Angehöriger <input type="checkbox"/> 2. Angehöriger <input type="checkbox"/> Betreuer oder:

Kranken/ Pflegekasse	Name Anschrift Mitgliedsnummer	
Pflegegrad	Bescheid vom	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Beihilfekasse	Name Anschrift Aktenzeichen	
Wer ist der Hausarzt? Wer ist der Zahnarzt? Weitere Ärzte?	Name, Anschrift Name, Anschrift Name, Anschrift	
Impfstatus Covid 19	Daten der Impfungen	
Sofern Sie Sozialhilfen erhalten, Zuständiges <b>Sozialamt</b>	Name Anschrift Aktenzeichen	
Zu wann ist der Einzug gewünscht?	Datum	
Weitere wichtige Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen		

Ich erkläre hiermit:

dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte einverstanden bin. Die Verarbeitung der Daten erfolgt im Rahmen der gültigen Datenschutzbestimmungen.

dass ich mit der Einholung, Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte, eines Ärztlichen Fragebogens (beim behandelnden Arzt) oder eines Überleitungsbogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

Datenschutzinformationen gemäß EU-DSGVO finden Sie auf <https://www.awo-baden.de/footer/navigation/datenschutz.html>

, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufzunehmenden oder Vertreter