

	Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	
b)	Name, Vorname	wie verwandt: _____
	Anschrift:	
	Telefon privat: (Festnetz, Handy)	
	Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	
c)	Name, Vorname	wie verwandt: _____
	Anschrift:	
	Telefon privat: (Festnetz, Handy)	
	Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	
12. Sonstige Bezugspersonen		
a)	Name, Vorname	
	Anschrift:	
	Telefon privat: (Festnetz, Handy)	
	Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	
b)	Name, Vorname	
	Anschrift:	
	Telefon privat: (Festnetz, Handy)	
	Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	
13. Betreuer nach Betreuungsrecht		
<i>Bitte Bestallungsurkunde im Original vorlegen!</i>		
a)	Name, Vorname	
	Anschrift:	
	Telefon: (Festnetz, Handy)	
	E-Mail:	

Vorsorgevollmacht Generalvollmacht	Bitte Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht im Original vorlegen!																				
Name, Vorname																					
Anschrift:																					
Telefon privat: (Festnetz, Handy)																					
Telefon dienstlich: (Festnetz, Handy)																					
E-Mail:																					
15. Krankenkasse/ Pflegekasse	Name _____ Anschrift _____ <input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	Versichertennummer: _____																			
16. Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> ja Befreiungsausweis einreichen <input type="checkbox"/> nein																				
17. Schwerbehinderten- ausweis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____% mit Merkzeichen	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> BL																			
18. Hausarzt	Name _____ Anschrift _____ Telefon _____																				
Fachärzte (Name und Fachrichtung, ggf. auf gesondertem Blatt) _____ _____																					
19. Finanzierung Die Heimkosten sollen finanziert werden durch:																					
<input type="checkbox"/> Leistungen der Pflegekasse																					
<input type="checkbox"/> das angeführte monatliche Einkommen:																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Art des Einkommens</th> <th style="width: 40%;">Zahlende Stelle</th> <th style="width: 40%;">Euro/Monat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>				Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Euro/Monat															
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Euro/Monat																			

Kriegsrente vom Landschaftsverband: nein ja _____ €/Monat

Zahlende Stelle: _____

Kriegerwitwe aus vorhergehender Ehe: nein ja

Pflegewohngeld

Sozialamt

Sozialhilfeantrag gestellt am: _____

Bei Behörde: _____

Anschrift: _____

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) Bestand heute: _____ €

20. Frühere Unterbringung

In einer vollstationären oder ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchen Gründen dort ausgeschieden?)

21. Hinweise, Bemerkungen , Ergänzungen

DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, dass die stationäre Einrichtung meine personenbezogenen Daten erhebt, erfasst, speichert und verwendet zum Zweck des Anmeldeverfahrens.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Stempel der Einrichtung

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter:

<https://gosab-ambulante.de/datenschutz.pdf>

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und stimme der dort geregelten Verarbeitung meiner

personenbezogenen Daten zu.

Ja Nein

Ich bestätige, dass alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

_____, den _____ **Unterschrift:** _____
(Ort) (Datum)

Name, Vorname, Anschrift (in Druckbuchstaben): _____