

# Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Abendfrieden

Bitte zusammen mit dem ausgefüllten ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme einreichen.

<b>Vor- und Nachname</b>			geborene
<b>Adresse</b>	Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	Mobil	
	E-Mail		
<b>Persönliche Daten</b>	Geburtsdatum	Geburtsort	
	Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
	Straße, PLZ, Ort		
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)			
<b>Angehörige</b>	1.	Name	Verwandtschaftsgrad
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon	Mobil
		E-Mail	
	2.	Name	Verwandtschaftsgrad
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon	Mobil
		E-Mail	
<b>Hausarzt</b>	Name		
	Straße, PLZ, Ort		
<b>Kostenträger</b>	Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
<b>Krankenkasse</b>		Vers.-Nr.	Pflegegrad
<b>Besonderheiten</b>			
<b>Betreuer</b> (nach Betreuungsrecht)	Name		
	Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	E-Mail	
	Wirkungskreis der Betreuung		

Die Datenschutzinformation zur Verarbeitung der vorgenannten personenbezogenen Daten durch die Haus Abendfrieden gGmbH, einsehbar unter <https://www.haus-abendfrieden.de/node/82>, habe ich zur Kenntnis genommen.

Verantwortlich im Sinne der DSGVO: Geneviève Graf · Datenschutzbeauftragte: Melita Jerzy · haus-abendfrieden.dsb@verdata.de

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(nur, wenn nicht Personengleichheit)



# Ärztlicher Fragebogen

## als Anlage zur Anmeldung im Seniorenzentrum Abendfrieden

<b>Vor- und Nachname</b>		<b>geborene</b>
<b>Geburtsdatum</b>		
<b>Diagnose</b>		
<b>Psychische Erkrankungen</b>		
<b>Medikamente</b>		
<b>Allergien</b>		
<b>Ist Diät/Schonkost erforderlich</b> (wenn ja, welche?)		
<b>Hinweise/ Bemerkungen</b> z.B. Infektionen	Der/die Bewohner*in ist gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) frei von ansteckenden Krankheiten (wie z.B. Tbc, Hepatitis A, B, C; Covid 19, HIV, etc.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.</b>	<b>Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin</b>	
<b>Ort</b>		
<b>Datum</b>		