

Bodelschwingh-Heim Weinheim	Qualitätsmanagementhandbuch „Anmeldung zur Heimaufnahme/Kurzzeitpflege“ Dokument 115	Geltungsbereich Verwaltung
--------------------------------	--	-------------------------------

**Bodelschwingh-Heim**  
**Am Schloßpark**  
gemeinnützige Gesellschaft mbH  
Bodelschwinghstraße 2, 69469 Weinheim  
☎ 06201/94 61-0 ✉ info@bodelschwingh-heim.de

## Anmeldung

zur  Heimaufnahme  Kurzzeitpflege  
Unterbringung im  Einzelzimmerapp.  Komfortpflege-App.  Doppelzimmer  
Aufnahmetermin \_\_\_\_\_ oder  Vorsorge

<b>1. Vor- und Zuname</b>						
<b>2. Geburtsname</b>						
<b>3. Geburtsdatum</b>		<b>Geburtsort</b>				
<b>4. Adresse</b> (Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)						
<b>5. Derzeitiger Aufenthaltsort</b> ( bei Krankenhaus oder Pflegeheim bitte entsprechende Adresse angeben)						
<b>6. Familienstand</b>		<b>seit</b>				
<b>7. Konfession</b>		<b>8. Staatsangehörigkeit</b>				
<b>9. Angehörige</b> (Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax, E-Mail-Adresse, Verwandtschaftsgrad)						
a)						
b)						
c)						
<b>10. Betreuer</b> (nach Betreuungsrecht, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax, E-Mail-Adresse)						
<b>11. Hausarzt</b> (Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)						
<b>12. Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> kein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite 1
GF	QMB	8	27.03.2018	gesamt 2

### 13. Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen

**14. Kostenträger**      Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?       ja       nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

**Hinweis:** Appartement- und Komfortzuschläge werden vom Sozialamt nicht übernommen und müssen eigenfinanziert werden.

<b>15. Krankenkasse</b>	
<b>16. Zusatzversicherung</b>	
<b>17. Private Pflegeversicherung</b>	
<b>18. Konsiliarärzte (Fachärzte)</b>	
Zahnarzt	
HNO	
Augenarzt	
Urologe	
Gynäkologe	
Kardiologe	
Orthopäde	
Neurologe	
Dermatologe	
Psychologe	

**19. Wichtige Diagnosen und Allergien** (freiwillige Angabe)

**20. Einwilligung nach Art 6(1) a) DS-GVO**

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die von mir angegebenen personenbezogenen Daten von der Bodelschwingh-Heim gGmbH für den Fall einer Heimaufnahme sowohl elektronisch, als auch in Papierform aufbewahrt und verarbeitet werden.

**21. Widerrufsrecht nach Art 6(3) DS-GVO**

Die Einwilligung aus Punkt 20 kann jederzeit widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung der von mir angegebenen personenbezogenen Daten nicht berührt.

<b>Ort, Datum</b>	<b>Wenn nicht Personengleichheit, Unterschrift des Antragstellers</b>	<b>Unterschrift des Aufzunehmenden</b>