



ANMELDUNG ZUM EINZUG IN DAS SENIORENZENTRUM

(Angaben bitte vollständig und in Druckbuchstaben machen)

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsname _____ Telefon _____

derzeitiger Aufenthalt (Seniorenzentrum,
Krankenhaus o.ä.) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Beruf _____

Gewünschte Wohnform im Pflegebereich _____

Doppelzimmer Einzelzimmer Terminwunsch _____

1. ANGEHÖRIGE

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon _____ Verwandtschaftsgrad _____

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon _____ Verwandtschaftsgrad _____

2. BETREUUNG / BEVOLLMÄCHTIGUNG

Vorsorgevollmacht individuelle Vollmacht Patientenverfügung Amtsbetreuung

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

E-Mail _____

Telefon _____



3. HAUSÄRZTIN / HAUSARZT

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____ Fax _____
(bitte unbedingt angeben)

4. KRANKENKASSE / PFLEGEKASSE

Name _____
Anschrift _____
Telefon _____ KV-Nr. _____
Eingruppierung in Pflegegrad _____ (bitte Kopie beifügen)
Wurde ein Höherstufungsantrag gestellt? ja nein
Falls ja, wann? _____

5. DECKUNG DER KOSTEN

Beihilfeberechtigt ja nein

Name und Anschrift der Person, die den Schriftverkehr und die Rechnungen erhalten soll
(nur wenn abweichend vom 1. Angehörigen)

Name _____ Vorname _____
Anschrift _____
Telefon _____

Zur Deckung der Kosten wurde beim Sozialamt in _____
am _____ Sozialhilfe beantragt.



6. 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. Ferner, dass 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:

Elisabeth Römisch, Fachbereichsleiterin Pflege
Peter-Bauer-Str. 2
50823 Köln
roemisch@awo-koeln.de

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://www.awo-koeln.de/datenschutzhinweise.html>

Ort, Datum

Unterschrift zukünftige Bewohnerin / zukünftiger Bewohner

Ort, Datum

Unterschrift Betreuerin / Betreuer bzw. Bevollmächtigte / Bevollmächtigter