

Anmeldung zur Aufnahme in die

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Seniorenpflege auf Hermannswerder | <input type="checkbox"/> Seniorenpflege am Charlottenhof |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege Ernst von Bergmann Care | <input type="checkbox"/> Tagespflege Forst |

zur

- | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Tagespflege |

ab/von _____ bis _____

Angaben der aufzunehmenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Religion: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

(falls anders als im Teil A)

(Name der Einrichtung) Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Die aufzunehmende Person wird beim Vertrag vertreten durch

(Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ

Ort

Straße und Hausnummer

Geburtstag: _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

 Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)
 gesetzl. Betreuer:in

 Bevollmächtigte:r

 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹
 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹
 1. Nachlassempfänger:in ²
 2. Nachlassempfänger:in ²

Erstellt durch: QZ	Überarbeitet von: Juliane Hoth	Geprüft durch: Leitungsrunde EvB Care	Freigegeben durch: René Schulz	Version: 9	Seite 1 von 4
Erstellt am: 2016	Überarbeitet am: 17.03.2021	Geprüft am: 01.06.2021	Freigegeben am:		

Weitere Kontaktpersonen/Angehörige (*Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie je Kontaktperson beifügen*)

2. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> 1. Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> 2. Nachlassempfänger:in ² |

3. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> 1. Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> 2. Nachlassempfänger:in ² |

4. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)

- | | |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> 1. Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> 2. Nachlassempfänger:in ² |

Finanzierung:

Krankenkasse/ Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____ wurde beantragt am: _____
(Bescheide der Pflegekasse in Kopie beifügen)

Tagespflege wurde beantragt: ja, am _____ nein

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege beantragt: ja, am _____ nein

Wurde im lfd. Kalenderjahr bereits eine Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen:

 ja, bereits _____ Tage nein

Ich bestätige, dass die Einrichtungskosten aufgebracht werden durch:

 Rente _____ Euro/Monat *(Rentenbescheide in Kopie beifügen)* oder

 Einkommen/ Vermögen Sozialhilfe *(Antrag in Kopie beifügen)* beantragt am: _____

 Sonstige *(Bescheid in Kopie beifügen)*: _____

Ich wurde darüber informiert, dass wenn bei Veränderungen der Kostensätze, durch Wegfall des Besitzstandsschutzes, etc. mein Einkommen nicht ausreicht, ich verpflichtet bin, den Sozialhilfeträger/ Kostenträger zu informieren, bzw. einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

Rechnungslegung

Die Rechnung soll per Post oder per Email wie folgt ausgestellt werden:

 Bewohner:in/ Gast Bevollmächtigte:r Betreuer:in *(Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)*

Name, Vorname: _____


Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

	Anmeldung zur Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung - Teil B	Ernst von Bergmann Care gGmbH Hermannswerder 7 14473 Potsdam
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Hausarzt vor Heimaufnahme:

Name: _____

Anschrift der Praxis: _____

Telefonnummer: _____ Fax _____

Der ärztliche Fragebogen ist Bestandteil der Anmeldung zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung und muss durch den Hausarzt/ die Hausärztin ausgefüllt werden. Ohne den ärztlichen Fragebogen ist eine Heimaufnahme nicht möglich!

Die Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass nachträgliche Änderungen/Ergänzungen der Einrichtungsleitung vor Aufnahme bzw. unverzüglich nach Bekanntwerden anzuzeigen sind und dass unvollständige Angaben oder Unterlagen die Aufnahme ggf. zeitliche verzögern können.

Datenschutzhinweis:

Zur Bearbeitung der Interessentenanfrage müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Diese Anfrage, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe befugen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes der evangelischen Kirche in Deutschland (§ 6 Nummer 5 i. V. m. § 13 Absatz 2 Nummer 8 und Absatz 3 EKD-Datenschutzgesetz) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 SGB I und der §§ 67 ff. SGB X finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung der Anfrage einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung der Leistungsberechtigten, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

Ort, Datum

Bewohner:in/ gesetzl. Betreuer:in/ Bevollmächtigte:r

¹ Im Falle des Todes der aufnehmenden Person sind genannte Personen zu benachrichtigen.

² Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich, durch räumlichen Verschluss sicher. Unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge, sollen die Sachen der Bewohner:in/ des Gastes an die genannten Personen ausgehändigt werden. Mit diesen Personen darf, ebenfalls unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge, auch eine Endabrechnung aus dem Vertrag vorgenommen werden.

Erstellt durch: QZ Erstellt am: 2016	Überarbeitet von: Juliane Hoth Überarbeitet am: 17.03.2021	Geprüft durch: Leitungsrunde EvB Care Geprüft am: 01.06.2021	Freigegeben durch: René Schulz Freigegeben am:	Version: 9	Seite 4 von 4
-------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------	----------------------	-------------------------