

Beantragung eines vollstationären Pflegeplatzes

Liebe Interessenten,

wir weisen darauf hin, dass in unserem Haus – auch schon in der Vorbereitung Ihres Aufenthalts – personenbezogene Daten von Ihnen aufgenommen und verwendet werden. Dabei handelt es sich insbesondere um Namen, Alter und Anschrift, aber ebenfalls um Daten zum Gesundheitsstatus und zu Einkommensverhältnissen. Beim Umgang mit personenbezogenen Daten richten wir uns nach den Regelungen des Datenschutzes.

Wir verweisen diesbezüglich auf unsere Datenschutzhinweise unter www.hanseatische-pflegeresidenzen.de/datenschutzerklaerung

Nach Eingang und Sichtung der Unterlagen werden wir Sie zeitnah darüber informieren, ob eine Aufnahme zum Wunschtermin bzw. zu einem Alternativtermin möglich ist. Sollte eine Aufnahme aktuell nicht realisierbar sein, teilen wir Ihnen dies ebenfalls kurzfristig mit. Sie haben dann die Möglichkeit, sich auf unserer Warteliste registrieren zu lassen.

1. Name/Geburtsname	
2. Vornamen	
3. Geburtsdatum,- ort	am: _____ in: _____
4. Ständiger Wohnort	<input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> andere Pflegeeinrichtung (vollstationär)
	Anschrift:
	Bundesland/ Landkreis:
5. Abweichender Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung
	Anschrift:
6. Familienstand*	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
7. Konfession	
8. Staatsangehörigkeit*	
9. Pflegegrad	stationär, Grad: häuslich, Grad: stationär beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
10. Bevollmächtigte(r)	Vor- und Zuname: _____ Telefon: _____
	Anschrift:
11. Gerichtlich bestellter Betreuer	Vor- und Zuname: _____ Telefon: _____
	Anschrift:
12. Bestellt durch Amtsgericht	

13. Der Unterzeichner erklärt, dass das monatliche Einkommen / Vermögen des Aufzunehmenden ausreicht, um den Eigenanteil, bestehend aus dem einrichtungseinheitlichen Eigenanteil, Kosten für Unterkunft und Verpflegung, Azubizuschlag und Investitionskosten zu decken. Sollte dies aus eigenen Mitteln nicht möglich sein, werden folgende weitere Angaben benötigt:

Zuzahlung durch (Name): _____

Die Schuldmittelübernahmeerklärung liegt bei folgt in den nächsten Tagen

Kostenübernahme durch das zuständige Sozialamt:

Anschrift

Hinweis: Bei Vertragsabschluss ist eine geeignete Bestätigung der Kostendeckung vorzulegen

14. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?):

15. Hinweise, Bemerkungen:*

16. Vorhandene Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator usw.)*

17. Krankenkasse
(Pflegekasse)

Vollständiger Name:

Anschrift:

18. Versicherungsnummer
der Krankenkasse

19. Beamtenrechtl. oder
vergleichbarer
Beihilfeanspruch

20. Freiheitseinschränkende
Maßnahmen

ja, richterlicher Beschluss liegt vor nein

* Freiwillige Angaben

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechen. Falsche Angaben in der Reservierung, insbesondere zur Vermögenslage, können einem Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages entgegenstehen oder zur fristlosen Kündigung des abgeschlossenen Wohn- und Betreuungsvertrages führen.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

wenn nicht Personengleichheit, auch

Unterschrift des Aufzunehmenden: