

Anmeldung zur Heimaufnahme

Vorname, Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____ Geb.Ort: _____

Adresse: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

Angehörige:

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ wie verwandt: _____

E-Mail: _____

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ wie verwandt: _____

E-Mail: _____

Name: _____ Telefon: _____

Adresse: _____ wie verwandt: _____

E-Mail: _____

Betreuer /

Bevollmächtigter: _____ (Kopie bitte beifügen)

Adresse: _____ Telefon: _____

Wirkungskreis: _____

Beschluss gültig bis: _____

Post: per Hauspost kostenpflichtig weiterleiten an: _____

Bankvollmacht: nein ja Name _____

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: _____

Adresse: _____

Mitgliedsnummer: _____ Privatversichert / Beihilfe: _____

Befreiungen: Rezeptgebührenbefreiung ja nein gültig bis: _____
Personalausweispflicht befreit: ja nein

Kostenträger: Selbstzahler (Eigenanteil) ja nein

Rechnungsadresse: _____

Sozialamt: _____

Sachbearbeiterin: _____ Aktenzeichen: _____

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer Einzugstermin: _____

Konstitution:

Hilfsmittel: Brille Hörgerät Rollator Rollstuhl Gehstock

Sehen: gut ausreichend mäßig schlecht blind

Hören: gut ausreichend mäßig schlecht taub

Gehen: gut ausreichend mäßig schlecht nicht

Sprechen: deutlich verständlich schwer verständlich nicht

Hilfen bei:

Aufstehen Waschen Anziehen Essen Inko-Vers. Medi-Gabe

Baden/Duschen Toilette

Einschränkungen/Ressourcen:

Langzeitgedächtnis: gut zeitweise gut schlecht

Kurzzeitgedächtnis: gut zeitweise gut schlecht

orientiert: persönlich zeitlich örtlich situativ

desorientiert: persönlich zeitlich örtlich situativ

wirkt:

kontaktfreudig freundlich aufgeschlossen MMT: ___ Pkt.

zurückgezogen abweisend misstrauisch _____

Hinweise, Ergänzungen:

Datenschutz: Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Verein ambet personenbezogene Daten zur Erfüllung der geschlossenen Vereinbarung über mich erhebt und verarbeitet. Dies bezieht auch Daten ein, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften nötig sind (ärztl. Fragebogen).

1) Art der Daten

Erhoben werden folgende Arten von Daten:

- Personen- und Adressdaten (z.B. Name, Anschrift)
- Daten zu den persönlichen Lebensumständen (z.B. Familienstand, Kontaktdaten Angehöriger)
- Medizinische Daten (z.B. Diagnosen)
- Finanzdaten (z.B. Kontoverbindungen)
- Biografische Daten (z.B. ausgeübter Beruf)

2) Zweck der Verarbeitung

Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages erhoben und verarbeitet.

3) Freiwilligkeit und Widerrufsrecht

Diese Einwilligungserklärung beruht auf Freiwilligkeit. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise zu widersprechen. Dies kann unter Umständen jedoch dazu führen, dass der geschlossene Vertrag nicht mehr oder nur noch teilweise erfüllt werden kann.

4) Ihre weiter gehenden Rechte

Sie haben das Recht,

- Auskunft über die von Ihnen erhobenen Daten zu verlangen
- Ihre Daten berichtigen zu lassen, falls Daten fehlerhaft sein sollten
- Die Löschung Ihrer Daten zu verlangen. Dies gilt vor allem, wenn Ihre Daten für den vorgesehenen Zweck nicht notwendig sind, die Daten unrechtmäßig verarbeitet werden oder Sie die Einwilligung widerrufen haben. Dies gilt nicht für Daten, die einer gesetzlichen Aufbewahrungsfrist unterliegen
- Eine Kopie Ihrer Daten von uns zu bekommen
- Sich bei Verstößen gegen die Datenschutzgesetze bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren

5) Weitergabe an Dritte: Ihre Daten werden zur Erfüllung des Vertragszweckes unter Umständen an Auftragsverarbeiter weiter gegeben. Das sind zum Beispiel eine Notrufzentrale, ein Softwareunternehmen, dessen Produkte wir nutzen oder eine Krankenkasse. Ambet bleibt in jedem Fall verantwortlich für Ihre Daten und schließt mit jedem dieser Vertragspartner entsprechende Verträge ab.

In keinem Fall werden wir Daten zu kommerziellen Zwecken, zu Werbezwecken, oder sonstigen Zwecken an Dritte weitergeben oder veräußern.

6) Kontakt: Sollten Sie Fragen zum Datenschutz bei ambet oder eine diesbezügliche Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten: Rainer Leucke, Am Grasplatz 5c, 38112 Braunschweig, Tel 0531 / 25657-314, Fax 0531 / 25657-399
Mail: datenschutz@ambet.de

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____