

<input type="checkbox"/>	Aufnahmeantrag	<input type="checkbox"/>	Antrag auf Vormerkung
<input type="checkbox"/>	Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer
		<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer
<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege	von	bis

wird von der Einrichtung ausgefüllt			
Eingang	Eintritt	Wohnbereich	Zimmer

Personalien	
Nachname	Geburtsname
Vorname	Staatsangehörigkeit
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Geburtstag	Geburtsort
Familienstand	Konfession
Beruf (zuletzt ausgeübt)	

Personalien Ehe-/Lebenspartner*in	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Angehörige und/oder Bekannte (1)	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Angehörige und/oder Bekannte (2)	
Name, Vorname	Verwandtschaftsart
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail

Hausarzt	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort

Facharzt 1	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Facharzt 2	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Facharzt 3	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Facharzt/Fachrichtung	

Krankenkasse/Pflegekasse	
Name	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Sachbearbeiter*in	Versicherungs-Nr.

Liegt ein anerkannter Pflegegrad vor? (BITTE KOPIE BEIFÜGEN)	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja seit
Pflegegrad	
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> § 39c SGB V PG 2
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Eilantrag zum Pflegegrad PG 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Pflegegrad beantragt am	durch

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Grad der Behinderung	
Liegt Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse für Rezeptgebühren und Krankentransport vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	gültig bis	beantragt am
Befindet sich Heimplatzbewerber*in im Krankenhaus/einer anderen Pflegeeinrichtung?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Name	Ort
Wurde ein Bestattungsvorsorgevertrag geschlossen?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Bestattungs-institut	Vertrags-Nr.

Betreuung nach dem Betreuungsgesetz (BITTE KOPIE DES BESCHLUSSES BEIFÜGEN)		
Beschluss des Amtsgerichts	vom	Aktenzeichen
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wurde beantragt am	beim Amtsgericht	wird beantragt/wurde angeregt
Gerichtlich bestellte*r Betreuer*in		
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort	
für die Bereiche		
<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	
<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahme	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Vollmacht erteilt an (BITTE KOPIE BEIFÜGEN)	
Name, Vorname	Telefon-/Fax-Nr./E-Mail
Straße/Haus-Nr.	PLZ/Ort
Art der Vollmacht	
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Finanzielle Vollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung/Patiententestament

Finanzierung			
Die Heimkosten werden bezahlt aus	<input type="checkbox"/> Einkommen	<input type="checkbox"/> Vermögen	
Es besteht Anspruch auf Beihilfe (Pensionäre)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Es wird/wurde Sozialhilfeantrag gestellt am		bei	
durch			
Kostenübernahmebescheid des Sozialamtes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
(BITTE KOPIE BEIFÜGEN)			

Wäscheversorgung		Telefon von Einrichtung gestellt?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (keine Zusatzkosten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (19,90/Monatl. Flatrate ins dt. Festnetz)
Haftpflichtversicherung über die Heimstiftung Karlsruhe			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Kosten 24,00 €/Jahr)		
Fußpflegeleistungen (externer Anbieter)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Friseurleistungen (Salon im Haus)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Verwahrgeldkonto (Barbetragsverwaltung)			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja		
Welche der folgenden Leistungen sollen von dem Verwahrgeldkonto bezahlt werden?			
<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Fußpflege	<input type="checkbox"/> Friseur	<input type="checkbox"/> Apotheke

Dürfen wir Sie per E-Mail kontaktieren sowie aktuelle Informationen an Sie weiterleiten?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	E-Mail-Adresse(n):

Vertragspartner*in / Unterzeichnung Heimvertrag	
Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	

Rechnungsempfänger*in	
Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	
Dienst-Telefon-/Fax-Nr./E-Mail	

Datum		Unterschrift Heimplatzbewerber*in/Antragsteller*in	
-------	--	--	--

Zusatzfragen, falls Kund*in nicht selbst unterzeichnen kann	
Wer stellt den Antrag	
Name	
Vorname	

Soweit vorhanden, fügen Sie bitte folgende Anlagen bei

- Ärztlicher Fragebogen
- Kopie des Pflegegrades der Pflegekasse
- Kopie des Betreuungsbeschlusses des Amtsgerichts
- Kopie der Generalvollmacht
- Kopie der Vollmacht finanzielle Angelegenheiten
- Kopie der Betreuungsverfügung/Vorsorgevollmacht
- Kopie der Patientenverfügung/des Patiententestamentes
- Kopie des Kostenübernahmebescheides des Sozialamtes

Den Aufnahmeantrag senden Sie bitte an

Heimstiftung Karlsruhe
 Seniorenzentrum Parkschlössle
 Badener Straße 33
 76227 Karlsruhe

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon-Nr. 0721-40902-900
 Fax-Nr. 0721-40902-999
 E-Mail parkschlössle@heimstiftung-karlsruhe.de

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> Werbung | <input type="checkbox"/> Ambulanter Pflegedienst |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Tagespflegeeinrichtung |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Seniorenbüro der Stadt Karlsruhe |
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> sonstige |
| <input type="checkbox"/> Seniorenberatungsstelle | |

Zu Ihrer Information: Um Ihre Daten in unsere Interessentenliste aufnehmen zu können und für die Zwecke der Vertragsvorbereitung- und Erstellung verarbeiten zu dürfen, benötigen wir Ihre ausdrückliche und freiwillige Zustimmung. Ihre Daten werden gemäß der in unserer Datenschutzerklärung beschriebenen Grundsätze und Regeln erhoben, verarbeitet, gespeichert und gelöscht. Sie haben als betroffene Person das Recht von der Heimstiftung Karlsruhe Auskunft über die Verarbeitung personenbezogener Daten (Art. 15 DSGVO), die Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 DSGVO), die Löschung der Daten (Art. 17 DSGVO), die Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) und die Übertragung der Daten (Artikel 20 DSGVO) zu verlangen, sofern die rechtlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Sie können nach Art. 21 DSGVO Widerspruch einlegen. Unbeschadet anderer Rechtsbehelfe können Sie sich beim Landesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (LfDI), Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, poststelle@ldi.bwl.de beschweren. Den Datenschutzbeauftragten der Heimstiftung Karlsruhe erreichen Sie unter: Freiburger Datenschutzgesellschaft mbH, Luisenstr. 5, 79098 Freiburg, Tel: 0761/21716550 info@freiburger-datenschutzgesellschaft.de

- Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und stimme der dort geregelten Verarbeitung meiner/der personenbezogenen Daten zu.**

Datum	Unterschrift Antragsteller*in