

Seniorenresidenz am Wetterbach

Am Wiesenacker 29
76228 Karlsruhe
(v_2025-04)



<input type="checkbox"/>	Aufnahmeantrag		<input type="checkbox"/>	Antrag auf Vormerkung	
<input type="checkbox"/>	Pflegeheim	<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen
<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 ausgeübter)	

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 KÖPIE 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			
Kostenübernahmbescheid des Sozialamtes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
(BITTE KOPIE BEIFÜGEN)			

Telefon inklusive Gebühren			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (Kosten 19,90 €/Monat)
Haftpflichtversicherung über die Heimstiftung Karlsruhe			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja (Kosten 36,00 €/Jahr)
Wäscheversorgung			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Fußpflegeleistungen (externer Anbieter)			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Friseurleistungen (externer Anbieter)			
<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>	ja
Verwahrgeldkonto (Barbetragverwaltung)			
<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 Kostenübernahmevertrages des Sozialamtes

Den Aufnahmeantrag senden Sie bitte an

Heimstiftung Karlsruhe
Seniorenresidenz am Wetterbach
Am Wiesenacker 29
76228 Karlsruhe

Bei Rückfragen erreichen Sie uns unter

Telefon-Nr. 0721-183890-0
Fax-Nr. 0721-183890-160
E-Mail wetterbach@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@lfdi.bwl.de beschweren. Den Datenschutzbeauftragten der Heimstiftung Karlsruhe erreichen Sie unter: Freiburger Datenschutzgesellschaft mbH, Luisenstr. 5, 79098 Freiburg, Tel: 0761/21716550 info@freiburger-datenutzgesellschaft.de

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

Datum	Unterschrift Antragsteller*in