Wohn- bzw. Versorgungsform

☐ Daueraufnahme ☐ geschützter Bereich

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer gewünschter Zeitpunkt: _____

☐ Kurzzeitpflege von-bis _____

Interessent:in

Anrede		Familienstand	
Vorname Name		Geburtsdatum	
Straße		Geburtsort	
PLZ Ort		Geburtsname	
Konfession		Staatsangeh.	

Angehörige/Ansprechperson

Bezug zum/ zur Interessent:in			☐ Betreuer:in
Vorname Name			☐ Ansprechperson
Straße			☐ Vollmacht liegt vor
PLZ Ort			
☎			
@			

weitere Angehörige/Ansprechpersonen

Bezug zum/ zur Interessent:in		**Bezug zum/ zur Interessent:in**	
Vorname Name		Vorname Name	
Straße		Straße	
PLZ Ort		PLZ Ort	
@		@	
☎		☎	
☎		☎	

Erweiterte Angaben

Hausarzt/ärztin		
Facharzt/-ärzte:		
Facharzt/-ärzte:		
Liegt ein Pflegegrad vor	☐ nein	☐ ja, _____
Leistungen aus der Pflegeversicherung		☐ müssen noch beantragt werden
		☐ es besteht kein Anspruch
		☐ laufendes Verfahren

Angaben zur Krankenkasse und zur Finanzierung

Krankenkasse/Pflegekasse:		
Krankenkassen-Nr.:		Versicherungs-Nr.:
Beihilfeberechtigung:	☐ ja	☐ nein
Die Kosten werden bestritten aus:	☐ monatlichen Einkünften	☐ Vermögen
	☐ Differenzkosten muss das Sozialamt tragen	

Bemerkungen:

Die Anmeldung gilt für einen Zeitraum von 6 Monaten. Die Anmeldung ist **unverbindlich.** Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns wichtig. Wir verwenden die Informationen ausschließlich zur Bearbeitung der Aufnahme und behandeln sie vertraulich. Unsere Mitarbeitenden unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die beschriebene Verarbeitung Ihrer Angaben ein. Sie haben das Recht, dieser Einwilligung jederzeit zu widersprechen und Auskunft über Ihre gespeicherten Daten zu erhalten. Ausführliche Erläuterungen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des örtlichen Datenschutzbeauftragten und der für den Datenschutz zuständigen Aufsicht finden Sie im Internet auf unserer Homepage (www.diakonie-muenster.de).

_____ _____

Ort/Datum Name/Unterschrift