

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte ankreuzen)

- Die Aufnahme soll möglichst zeitnah erfolgen
- Der Antrag ist nur als Vormerkung gedacht, wenn aktuell ein Heimplatz benötigt wird, informiere ich das Heim.

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

2. Wohnanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

3. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

4. Krankenkasse: \_\_\_\_\_ 5. Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

6. Angehörige: a) Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. (dienstlich): \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

b) Name: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. (dienstlich): \_\_\_\_\_ Handy-Nr.: \_\_\_\_\_

7. Wer ist Ansprechpartner für die Aufnahme: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

8. gerichtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Betreuungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen)

9. Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

10. Gewünschte Unterbringung?  Einzelzimmer  Doppelzimmer

11. Welcher Pflegegrad liegt vor? \_\_\_\_\_

Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie die Informationen zum Datenschutz auf der Rückseite!**

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen der Kontaktaufnahme von Ihnen erhalten, zum Zweck der Beratung und Information über unsere Leistungen.

Wir verarbeiten insbesondere all jene Daten, die Sie uns im persönlichen Gespräch, telefonisch, per E-Mail oder per Kontaktformular im Rahmen Ihrer Anfrage zukommen lassen. Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten, soweit dies zur Anbahnung und Eingehung eines Vertrages mit Ihnen erforderlich ist.

Wenn Sie sich für die Leistungen von uns interessieren und einen Vertrag über eine pflegerische Versorgung mit uns schließen möchten, können relevante personenbezogene Daten wie Name, Adresse, andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum, Angaben zu Geschäftsfähigkeit und Vertretungsbefugnissen, Pflegeform, Unterbringung, Pflegekasse und Pflegegrad und für die Versorgung durch die Samariteranstalten besonders relevante gesundheitliche Einschränkungen sein.

Ohne diese Daten können wir in der Regel keinen Vertrag mit Ihnen schließen.

**Altenpflege-Wohnheim**

Langewahler Straße 2 · 15517 Fürstenwalde/Spree · Telefon: 03361/567-501 · Fax: 03361/567-504  
Einrichtungsleiter: Reinhard Weiß · E-Mail: [r.weiss@samariteranstalten.de](mailto:r.weiss@samariteranstalten.de)  
[www.samariteranstalten.de](http://www.samariteranstalten.de)