

ANMELDEBOGEN

1. ANMELDUNG FÜR

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fachpflege für Menschen mit Demenz | <input type="checkbox"/> offene Wohnform |
| <input type="checkbox"/> gerontopsychiatrisch-palliative Fachpflege | <input type="checkbox"/> geschlossene Wohnform |
| <input type="checkbox"/> sozialpsychiatrische Fachpflege | |

Sind Sie bereits Kunde einer Einrichtung/eines Dienstes der Keppeler-Stiftung?

Wenn ja, Einrichtung/Dienst: _____

Bestand oder besteht bereits eine Heimunterbringung o. ä.?

Wenn ja, wo und wie lange? _____

Ggf. Grund des Ausscheidens _____

Klinikaufenthalte? nein ja

Wenn ja, wann, wo und wie lange? _____

2. ANGABEN ZUR PERSON

Name, Vorname _____

Hauptwohnsitz: _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____ Beruf _____

Mobil _____ Geburtsname _____

Geburtsort und -datum _____ Staatsangehörigkeit _____

Religion/Konfession _____ Familienstand _____

Soll der Wohnsitz beibehalten werden?

Personalausweis vorhanden? nein ja nein ja gültig?

Reisepass vorhanden? nein ja nein ja gültig?

Sonstige Ausweispapiere? _____

3. EHE- ODER LEBENSPARTNER/-IN

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail-Adresse _____ Geburtsdatum _____

Falls verstorben: Wann? _____ Wo? _____

4. WEITERE ANGEHÖRIGE | KONTAKTPERSONEN

1

Name, Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____

2

Name, Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____

3

Name, Vorname _____ Verwandtschaftsgrad _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____

Welche oben genannten Personen sollen in Notsituationen verständigt werden?

Ehe- oder Lebenspartner/-in **1** **2** **3**

5. GESETZLICHE BETREUUNG | VOLLMACHTEN

gesetzliche Betreuung Vollmacht nicht erforderlich
 sonstiges _____

Name, Vorname _____
Anschrift _____
E-Mail-Adresse _____
Telefon: privat _____ geschäftlich _____
Mobiltelefon _____

Bitte fügen Sie dieser Anmeldung unbedingt eine Kopie der Urkunde bei!

Fortsetzung: 5. Gesetzliche Betreuung | Vollmachten

Wirkungsweise des Betreuers/Bevollmächtigten laut Vollmacht/Bestellungsurkunde:

- Vermögen Gesundheit Pflegeversicherung Freiheitsbeschränk. Maßn.
 Post/Brief Aufenthalt Sozialamt sonstiges _____

6. GESCHLOSSENE UNTERBRINGUNG

Freiheitsentziehung in geschlossener Wohngruppe notwendig? nein ja unklar
Beschluss Amtsgericht: _____ Datum: _____

Sonstige Freiheitsentziehende Maßnahmen

- 3 Punkt 5 Punkt Bettgitter Bauchgurt Sitzgurt Stecktisch
 Psychopharmaka _____ Bettgitter _____

Beschluss Amtsgericht: _____ Datum: _____

7. KOSTENTRÄGER

7.1 PFLEGEKASSE/KRANKENKASSE

Welche? _____ in: _____
 Antrag bewilligt am: _____ für Pflegegrad _____
 eins (1) zwei (2) drei (3) vier (4) fünf (5)
 Antrag auf Neubegutachtung gestellt Antrag in Bearbeitung Kein Antrag gestellt

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Antrages oder bei Vorliegen einer Einstufung den Bewilligungsbescheid bei.

7.2 BEIHILFE

nein ja

Beihilfestelle: _____ in: _____

7.3 BEANSPRUCHT?

nein ja

Falls ja, wurde bereits ein Antrag gestellt? nein ja

Antragsstellung: _____ Bewilligt am: _____
(Datum der Antragsstellung bitte eintragen) (Datum der Bewilligung bitte hier eintragen)

7.4 SONSTIGE KOSTENTRÄGER (z. B. private Krankenversicherung)

Welcher? _____ in: _____

Bitte fügen Sie eine Kopie Ihres Bescheides bei.

8. HAUSARZT

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail-Adresse _____

9. VORSORGLICHE REGELUNGEN

Patientenverfügung vorhanden nein ja

Bitte fügen Sie ggf. eine Kopie des Dokumentes bei.

10. SONSTIGE BEMERKUNGEN UND WÜNSCHE

Ort, Datum und Unterschrift _____

Bei vorsorglicher Anmeldung freuen wir uns, wenn Sie uns rechtzeitig informieren, falls eine Änderung der Situation eingetreten ist.

Wir danken Ihnen für Ihre persönliche Anmeldung und das damit entgegengebrachte Vertrauen!

Wohn- und Pflegezentrum St. Vinzenz, Plattenhardt
Auf der Heid 1 | 70794 Filderstadt
Fon: 0711 770 83-0 | Fax: 0711 770 83-97
kepler-stiftung@st-vinzenz-plattenhardt.de
www.st-vinzenz-plattenhardt.de

Bankverbindung: Landesbank BW
IBAN DE91 6005 0101 0002 4627 01
BIC SOLADEST600



Mitglied im
Caritasverband der
Diözese Rottenburg-
Stuttgart e.V.

Informationen zur Datenerhebung

Die Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung, Warmbronner Straße 22, 71063 Sindelfingen, gemeinschaftlich vertreten durch ihre Vorstände, betreibt das

Wohn- und Pflegezentrum St. Vinzenz
Auf der Heid 1
70794 Filderstadt.

Datenschutzbeauftragter der Stiftung ist Herr Michael Kranzer, Leinenweberstraße 1, 79108 Freiburg.

Die mit dem Anmeldebogen erhobenen Daten werden zum Abschluss eines Heimvertrages für stationäre/teilstationäre Pflege bzw. Kurzzeitpflege zwischen der Kepler-Stiftung und der/m Anmeldenden benötigt.

Zwischen der Kepler-Stiftung und der/m Anmeldenden bestehen gem. § 6 Abs. 1 KDG vorvertragliche Verbindungen, die auf Anfrage der/s Anmeldenden erfolgt sind. Dies bildet die Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung der abgefragten Daten.

Die mit dem Anmeldebogen erhobenen Daten werden mittels elektronischer Datenverarbeitungsprogramme in der Verwaltung und Pflege erfasst und den zuständigen MitarbeiterInnen der Einrichtung zugänglich gemacht.

Eine Weitergabe der Daten erfolgt bei Bedarf an Sozialversicherungsträger, Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträger, Hausbank, Ortsgemeinden, Kirchengemeinden und an behandelnde Ärzte der/s Anmeldenden.

Die Absicht, die erhobenen Daten in ein Drittland oder internationale Organisation außerhalb der EU weiterzugeben, besteht nicht.