

Anmeldung zur Kurzzeitpflege im Alexander-Stift im Gemeindepflegehaus / Seniorenzentrum
(Mehrfachauswahl mit max. 5 Häusern möglich):

<input type="checkbox"/> Allmersbach	<input type="checkbox"/> Aspach	<input type="checkbox"/> Berglen	<input type="checkbox"/> Kirchberg/Murr	<input type="checkbox"/> Korb
<input type="checkbox"/> Lorch	<input type="checkbox"/> LB-Eglosheim	<input type="checkbox"/> Mundelsheim	<input type="checkbox"/> Neckarwestheim	<input type="checkbox"/> Rechberghausen
<input type="checkbox"/> Rudersberg	<input type="checkbox"/> Schlierbach	<input type="checkbox"/> Urbach	<input type="checkbox"/> WN-Hegnach	<input type="checkbox"/> WN-Hohenacker
<input type="checkbox"/> Weinstadt-Endersbach	<input type="checkbox"/> Weinstadt-Schnait	<input type="checkbox"/> Weissach	<input type="checkbox"/> Zell u.A.	

Gewünschter Aufenthalt vom _____ (TT/MM/JJ) bis _____ (TT/MM/JJ)

Ja, ich war schon im Alexander-Stift zur Kurzzeitpflege.

Dies war im Haus _____, im Jahr _____.

Persönliche Daten des Kurzzeitpflegegastes ⁽¹⁾

Name		Vorname	
Straße und Hausnummer			
PLZ	Ort	Telefonnummer	
Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsname	
Familienstand	Konfession	Nationalität	

Hauptansprechpartner ⁽²⁾

Name: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Bezug zum Kurzzeitpflegegast:

Angehöriger, Verwandtschaftsgrad: _____

gesetzlicher Betreuer Generalbevollmächtigter

Weiterer Ansprechpartner ⁽³⁾

Name: _____ Telefonnummer: _____

Anschrift: _____

Bezug zum Kurzzeitpflegegast:

Angehöriger, Verwandtschaftsgrad: _____

gesetzlicher Betreuer Generalbevollmächtigter

Pflegegrad / Krankenkasse / Arzt

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Falls kein Pflegegrad vorliegt: wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt? Wenn ja, wann: _____

Falls ein Antrag auf Höherstufung gestellt wurde, wann: _____
 Krankenkasse (Name, Ort): _____
 Kassen-Nummer (Siehe Versichertenkarte): _____ Versichertennummer: _____
 Von Zuzahlungen befreit: nein ja, bis _____ (Datum)
 Hausarzt (Name, Adresse): _____

Ansteckende Krankheiten (ohne diese Angaben, kann keine Aufnahme erfolgen)
 Gibt es Kenntnis von einer ansteckungsfähigen Krankheit des Kurzzeitpflegegastes?
 nein
 ja Welche? _____

Kosten

Anteil der Pflegekasse (Pflegekosten)

- Antrag für die Kostenübernahme der Pflegekosten wird, wurde bei der Pflegekasse gestellt.
- In diesem Jahr wurde bereits eine Kurzzeitpflege für _____ Tage durchgeführt.
 Der Höchstbetrag der Pflegekasse reduziert sich dadurch auf _____ €

Restliche Kosten (Dieser Punkt muss verbindlich ausgefüllt werden)

- Selbstzahler Beihilfeberechtigt (nur bei Beamten)
 Sozialhilfe: Antrag auf Kostenübernahme wurde beim Sozialamt gestellt
 Antrag auf Kostenübernahme wird beim Sozialamt gestellt

Die Rechnung über den Eigenanteil bzw. Gesamtrechnung

- geht an den Hauptansprechpartner – s. Adresse unter Hauptansprechpartner (2) oder
 geht an den zweiten Ansprechpartner – s. Adresse unter weitere Ansprechpartner (3) oder
 geht direkt an den Kurzzeitpflegegast (1) s. Adresse persönliche Daten

Die Rechnung wird per Überweisung oder Einzugsermächtigung beglichen. Wenn Sie eine Einzugsermächtigung erteilen möchten, finden Sie diese in den Anlagen des Kurzzeitpflegevertrages.

Wichtige Hinweise für den Kurzzeitpflegeaufenthalt

- Bitte mitbringen:
- aktueller ärztlicher Bericht/ärztlicher Fragebogen, sowie aktueller Medikamentenplan mit ärztlicher Unterschrift
 - Krankenversicherungskarte
 - Gesamten Medikamentenbedarf und ggf. Inkontenzprodukte
 - Befreiungsausweis von Zuzahlungen zu Arznei- und Hilfsmittel (wenn vorhanden)
 - General- und Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung/ Betreuerausweis (wenn vorhanden)

Bitte teilen Sie bei Einzug dem Pflegepersonal mit, wie mit dem Waschen der persönlichen Wäsche verfahren werden soll.

Einwilligung zur Erhebung & Speicherung persönlicher Daten

Der Unterzeichner erklärt sich damit einverstanden, dass die Einrichtung zur Anbahnung eines Vertragsverhältnisses bzw. im Rahmen des Vertragsverhältnisses personenbezogene Daten erhebt, ver-

arbeitet, nutzt und aufbewahrt, soweit dies für eine ganzheitliche Betreuung, zur verwaltungsmäßigen Abwicklung, zur Leistungsabrechnung oder aufgrund gesetzlicher Vorgaben erforderlich ist.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte Anmeldung zur Kurzzeitpflege ausgefüllt und unterschrieben an:
Alexander-Stift Dienste für Senioren gGmbH
Sozialdienst - z.H. Frau Götz
Strümpfelbacher Straße 63
71384 Weinstadt – Endersbach
Tel.: 07151/994919-21
E-Mail: aufnahme@alexander-stift.de

Interne Vermerke:

Zimmernummer: _____

Berechnung: EZ DZ KomfortZ

Einzug am: _____

FV ab: _____

ÄF ist da

Vertag an: (2) (3) (1) ins Alexander-Stift

Vollmacht/Betreuung:

- ja, liegt vor
- ja, liegt nicht vor
- beantragt
- keine
- unbekannt

Sonstiges:

Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung der Daten des vorliegenden Aufnahmefragebogens gemäß §§ 6, 11, 13 und 17 DSGVO

Mit Ihrer Anfrage über unsere Versorgungsangebote im Bereich vollstationäre Pflege, sowie im Betreuten Wohnen, haben Sie uns beauftragt zu prüfen, ob wir Ihnen ein passendes Angebot machen können, was letztlich ggf. in einen Heimvertrag, oder Miet- und/oder Betreuungsvertrag münden kann.

Um diesem Auftrag gerecht werden zu können, benötigen wir die Informationen, die im Anfragebogen aufgeführt werden.

Gemäß § 6 Nr. 5 DSGVO sind wir berechtigt, mit den von Ihnen gemachten Angaben umzugehen.

Diese Angaben über Sie, über die von Ihnen rechtlich vertretene Person werden im Rahmen der Aufnahmeanfrage ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet und gespeichert.

Unter Einhaltung möglicher gesetzlicher Aufbewahrungsfristen werden sie gelöscht, wenn Sie Ihre Aufnahmeanfrage zurückziehen.

Sobald wir in der Lage sind, Ihnen ein Angebot machen zu können, werden wir Ihnen einen Heimvertrag, oder einen Miet- und/oder Betreuungsvertrag anbieten.

Mit der Unterzeichnung des Vertrags sind die vorvertraglichen Maßnahmen abgeschlossen, Ihre Daten werden in der Klientenakte gespeichert und dienen der Erfüllung aller Maßnahmen, die aus dem Vertrag hervor gehen.

Nach Beendigung des Vertrages werden Ihre Daten, wiederum unter Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Eine Weitergabe Ihre Daten an Dritte findet nicht statt.

Die Datenschutzerklärung der Diakonie Stetten e.V. finden Sie hier:

<https://www.diakonie-stetten.de/datenschutz>.

Sie haben das Recht, der Verwendung der Daten jederzeit zu widersprechen, wobei hierbei die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend beseitigt wird. Sie sind weiter berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie bzw. über die von Ihnen rechtlich vertretene Person gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern. Sie haben das Recht die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten, der Sie entsprechend beraten und Ihre Anfragen an die zuständigen Stellen weiterleiten wird.

Diakonie Stetten
Betrieblicher Datenschutzbeauftragter
Thomas Epple, Schlossberg 2, 71394 Kernen;
Tel.: 07151 940-2351;
thomas.epple@diakonie-stetten.de

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren.

BfD EKD
Außenstelle Ulm; Hirschstraße 4; 89073 Ulm;
Tel.: 0731 140593-0; Fax: 0731 140539-20;
sued@datenschutz.ekd.de

Träger aller Maßnahmen ist die Diakonie Stetten e.V., Schlossberg 2, 71386 Kernen-Stetten, vertreten durch deren Vorstand, Herrn Pfarrer Rainer Hinzen und Herrn Dietmar Prexl.

Für die Alexander-Stift GmbH, Alexander-Stift Dienste für Senioren gGmbH und Alexander-Service GmbH, Schlossberg 2, 71386 Kernen-Stetten, ist die Geschäftsführung Frau Gaby Schröder verantwortlich.

Da auch besondere Kategorien personenbezogener Daten gemäß § 4 Nr. 2. DSGVO verarbeitet werden (hier insbesondere Gesundheitsdaten), bitten wir Sie an dieser Stelle in die Verarbeitung Ihrer Daten einzuwilligen.

Die Unterzeichnung dieser Erklärung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Bearbeitung Ihrer Anfrage ausschließen und / oder den Abschluss eines Mietvertrages, oder Miet- und Betreuungsvertrages unmöglich machen.

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Diakonie Stetten e.V. Alexander-Stift GmbH, Alexander-Stift Dienste für Senioren gGmbH und Alexander-Stift Service GmbH im Rahmen des Aufnahmeverfahrens und ggf. in der Folge bei Erfüllung des Mietvertrages, oder einem Miet- und/oder Betreuungsvertrages zur Kenntnis genommen und willige in das beschriebene Verfahren ein, insbesondere auch im Blick auf besonderen Kategorien von Daten.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen und bin mir über die diesbezüglichen Folgen bewusst.

_____, den _____

Unterschrift Interessent/in, rechtliche Vertretungsperson