

Anmeldung zum Einzug



(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

Nachname, Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____ Mitgliedsnr.: _____

Pflegegrad: _____ Befreiung: nein / ja, bis zum (Datum): _____

Gewünscht wird ein: Doppelzimmer / Einzelzimmer

Im Haus am Voß'schen Garten Haus Leben im Alter

Angestrebter Zeitpunkt: ab sofort / ab dem (Datum) _____

Unterstützung vom Sozialamt erforderlich: nein / ja, Ort: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Momentaner Aufenthaltsort (falls abweichend von o. g. Adresse)

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Angehörige

1. Nachname, Vorname: _____

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Dienstlich: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

2. Nachname, Vorname: _____

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Dienstlich: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anmeldung zum Einzug



Gerichtlich bestellter Betreuer / Bevollmächtigter

Nachname, Vorname: _____

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Dienstlich: _____

Datum der gerichtl. Verfügung / Vollmacht (bitte Kopie beilegen): _____

- Aufgabenkreis:
- Gesundheitsfürsorge
 - Aufenthaltsbestimmungsrecht
 - Vermögenssorge
 - Vertretung gegenüber Behörden, Versicherungen, Kranken- und Pflegekassen
 - Wohnungsangelegenheiten
 - Postangelegenheiten

Hausarzt

Nachname, Vorname: _____

Anschrift (Straße / Hausnummer): _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Mobiltelefon: _____

E-Mail: _____

Dienstlich: _____

Corona Impfstatus

1. Impfung (Datum): _____

2. Impfung (Datum): _____

3. Impfung (Datum): _____

4. Impfung (Datum): _____

Bemerkungen, Ergänzungen, Hinweise

Datenschutz und Schweigepflicht

(1) Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Leben im Alter Boecker-Stiftung gGmbH bzw. der Haus am Voßschen Garten gGmbH sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.

(2) Soweit es zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten der Leistungsnehmerin/des Leistungsnehmers erhoben, gespeichert, verarbeitet und an Dritte übermittelt werden. Die Einwilligungen zur Erhebung und Übermittlung bedürfen der Schriftform und sind widerruflich.

(3) Die Leistungsnehmerin/der Leistungsnehmer hat das Recht auf Auskunft, welche Daten über sie / Ihn gespeichert sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Boecker-Stiftung übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Leben im Alter Boecker-Stiftung gGmbH

Breite Str.30

58452 Witten

E-Mail: info@boecker-stiftung.de

Fax: 02302207115

bzw.

Haus am Voßschen Garten gGmbH

Ruhrstraße 50-52

58452 Witten

E-Mail: info@boecker-stiftung.de

Fax: 0230228264702

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter www.boecker-stiftung.de

Nach gesetzlicher Vorgabe sind wir dazu verpflichtet, Ihre Daten nach spätestens 6 Monaten zu löschen. Wünschen Sie, dass wir Ihre Daten auch darüber hinaus speichern?

Ja Nein

Die Angaben dieser Anmeldung sind verbindlich. Über wesentliche Änderungen informiere ich die Leben im Alter Boecker-Stiftung gGmbH bzw. das Haus am Voß`schen Garten gGmbH zeitnah. Den ärztlichen Fragebogen leite ich weiter.

Ort, Datum

Unterschrift
(Antragsteller)

Unterschrift
(Einziehender)