



Freiwillige Angaben zur Aufnahme im Seniorenpflegeheim

Bitte vollständig ausfüllen **und unterschreiben** - Vielen Dank

| | | | |
|---------------------------|--|---------------|--|
| Persönliche Daten: | | | |
| Name | | Vorname | |
| Geburtsname | | Geburtsort | |
| Geburtstag | | Familienstand | |
| Staatsangehörigkeit | | Religion | |
| Straße | | Hausnummer | |
| PLZ | | Ort | |
| Telefon | | Mobil | |
| Aktueller Aufenthalt | | Seit wann? | |

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--|------------|--|
| Angaben zu Angehörigen: Nächste Angehörige bzw. Bezugspersonen | | | |
| Name | | Vorname | |
| Straße | | Hausnummer | |
| PLZ | | Ort | |
| Telefon | | Handy | |
| eMail | | | |
| Wie verwandt / bekannt? | | | |
| Name | | Vorname | |
| Straße | | Hausnummer | |
| PLZ | | Ort | |
| Telefon | | Handy | |
| eMail | | | |
| Wie verwandt / bekannt? | | | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie einer Person Ihres Vertrauens eine Vollmacht erteilt? | <input type="checkbox"/> ja *** | <input type="checkbox"/> nein |
| Wenn ja, bitte den Namen einer oben angegebenen Person angeben | | |
| Haben Sie eine Patientenverfügung ? | <input type="checkbox"/> ja *** | <input type="checkbox"/> nein |
| *** bitte der Vollmacht / Patientenverfügung beifügen | | |



| | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------|
| Besteht bereits eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz | | <input type="checkbox"/> ja *** | <input type="checkbox"/> nein |
| *** Bitte Kopie der Bestellung beifügen | | | |
| Name des Betreuers | | | |
| Anschrift des Betreuers | | | |
| Telefon | | eMail | |
| Wenn nein, ... ist die Einrichtung einer Betreuung notwendig? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ... ist die Einrichtung einer Betreuung beim Amtsgericht eingeleitet? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Bitte unbedingt ausfüllen

| | | | |
|-----------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Ärzte | | | |
| Hausarzt | | Telefon | |
| Anschrift | | | |
| Der Hausarzt sollte weiterhin meine Betreuung übernehmen? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| Facharzt | | Zahnarzt | |
| Telefon | | Telefon | |
| Anschrift | | Anschrift | |

| | | | |
|---------------------|--|---------|--|
| Krankenkasse | | Telefon | |
| Anschrift | | | |
| Versicherten Nr. | | | |

| | | | | | | |
|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Pflegekasse | | Telefon | | | | |
| Es liegt ein Pflegegrad vor? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> nein |
| Seit wann? | (Bitte eine Kopie der Einstufung beifügen) | | | | | |
| Es wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt? | | | | | <input type="checkbox"/> ja*** | <input type="checkbox"/> nein |
| *** Bitte Kopie der Bestellung beifügen | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Rezeptgebührenbefreiung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

| | | |
|-----------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kostenregelung | <input type="checkbox"/> selbst | <input type="checkbox"/> selbst + Beihilfe |
| | <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger - | Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Kopie des Rentenbescheides beifügen |



| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Regelung für den Todesfall | |
| Benachrichtigung an | |
| Bestattungsinstitut | |
| Aushändigung eingebrachter Sachen an (ohne Rücksicht auf erbrechtliche Legitimation): | |
| Name | |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnosen / Grunderkrankungen Arztbrief oder Entlassungsbericht Krankenhaus bitte beifügen | | | |
| Vorhandene Wunden/ Hautdefekte | | | |
| Allergien / Unverträglichkeiten | | | |
| Bestehende Therapien (z.B. Krankengymnastik) | | | |
| Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Zahnprothesen | <input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| Inkontinenzprobleme | Bettlägerig | | |
| <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Katheter | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise | | |
| Orientierung | | | |
| Zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |
| Zur Person | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> nicht immer |

Bitte unbedingt ausfüllen

| | | |
|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Telefonanschluss im Zimmer gewünscht? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|----------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|



Hier noch 4 Fragen in eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Dienstleistungen aufmerksam geworden?

Nehmen Sie bereits andere Dienste der AWO in Anspruch?

- | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst | <input type="checkbox"/> Seniorentagesstätte | <input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienste - ASG |
| <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Wohnung |

Ich bin Mitglied bei der AWO? ja nein

Sind Sie damit einverstanden, wenn wir Sie über aktuelle Neuigkeiten per eMail informieren? ja* nein
** Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen*

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin: _____

ggf. Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____

Hinweise zum Datenschutz (gemäß Art 13 Abs. 1 und 2, DSGVO) – siehe weiter Seite 5

Die von Ihnen freiwillig an uns übermittelten Daten werden nur zum Zwecke Ihrer Bewerbung um eine Aufnahme in das AWO Seniorenpflegeheim „Albert-Osswald-Haus“ verarbeitet. Informationen erhalten Sie von: **Frau Ulrike Blößer, u. bloesser@awo-stadtkreis-giessen.de**
Tel: 0641-4019-604, Fax: 0641-4019-212,

Sollte kein Betreuungsvertrag zum gewünschten Zeitpunkt zustande kommen, werden wir Ihre Daten und eingereichten Dokumente löschen bzw. vernichten.
Wünschen Sie eine Aufbewahrung Ihrer Daten zum Zwecke einer späteren Aufnahme, so erklären Sie dies hier bitte schriftlich:

Ich wünsche in die Bewerberliste aufgenommen zu werden*
** Diese Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.*

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin: _____

ggf. Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____



Gemäß Artikel 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) werden Sie zum Zeitpunkt der Datenerhebung über den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten bei der AWO Gießen informiert:

Verantwortung

Für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist Herr Jens Dapper als Geschäftsführer verantwortlich. Sie können ihn unter Tel.: 0641-4019-200 oder per Mail: geschaeftsfuehrung@awo-stadtkreis-giessen.de erreichen.

Datenschutzbeauftragte

Die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten Frau Mechthild Hermann sind:
Tel.: 0641-4019-251 oder per Mail: bildungswerk@awo-fortbildung.de

Zweck der Datenerhebung

Wir erheben Ihre Daten zum Zweck der Vertragsdurchführung in den Bereichen:

- Pflege- und Betreuung Kinderbetreuung Mahlzeitenversorgung
 Sozialpädagogische Betreuung Personalmanagement Ehrenamt

Dazu ist die Datenerhebung und Datenverarbeitung erforderlich und basiert auf gesetzlichen und tariflichen Vorgaben gemäß Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Empfänger der personenbezogenen Daten

Sollte es für die Abwicklung des Vertrages mit Ihnen erforderlich sein, dass Ihre personenbezogenen Daten an beteiligte Dritte, wie z.B. Kostenträger, Aufsichtsbehörden oder Auftragsdatenverarbeiter zur Abrechnung, weitergegeben werden müssen, entspricht dies den Vorgaben des Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO.

Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden gelöscht, sobald sie für den Zweck ihrer Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind. Mindestens setzt dies den Ablauf gesetzlicher und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten voraus.

Recht auf Auskunft / Berichtigung / Löschung / Recht auf Datenübertragung

Sie haben das Recht auf Auskunft über Ihre von uns gespeicherten personenbezogenen Daten. Auskunft erteilt Ihnen die jeweilige Einrichtungsleitung / Personalleitung. Ebenso können Sie dort bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten einfordern.

Sollen Daten von Ihnen an Dritte im Rahmen einer Überleitung oder Anschlussversorgung übertragen werden, benötigen wir eine Einwilligung Ihrerseits. Die für diesen Zweck notwendigen Daten werden dann von uns übertragen.

Sie haben das Recht eine Kopie Ihrer personenbezogenen Daten zu erhalten, sofern damit die Rechte und Freiheiten anderer Personen nicht beeinträchtigt werden.

Sie haben weiter das Recht auf Auskunft über die Verarbeitungszwecke; die Kategorien von Daten, die verarbeitet werden; die Empfänger der Daten sowie über die Herkunft der Daten, wenn diese nicht bei Ihnen selbst erhoben werden.

Ihr Recht auf Beschwerde

Ihnen steht ein Beschwerderecht bei der Aufsichtsbehörde / Hessischer Datenschutzbeauftragter zu.

Gießen, 01.08.2018