

## AGAPLESION MARKUS DIAKONIE

Wir bitten Sie die Anmeldung zur Aufnahme auszufüllen, Zutreffendes anzukreuzen und an die Einrichtung zurückzusenden. Ihre vollständigen Angaben erleichtern den reibungslosen Ablauf bei Einzug. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

### Einrichtung der AGAPLESION MARKUS DIAKONIE

<input type="checkbox"/> AGAPLESION SCHWANTHALER CARRÉE (SCF)	<input type="checkbox"/> AGAPLESION HAUS SAALBURG (HSB)	<input type="checkbox"/> AGAPLESION OBERIN MARTHA KELLER HAUS (OMK)
		<input type="checkbox"/> TAGESPFLEGE im OBERIN MARTHA KELLER HAUS

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege
<input type="checkbox"/> Kognitiver Bereich	<input type="checkbox"/> Demenzbereich	

ab:	(gilt nicht für Tagespflege) Wohnbereich:	(gilt nicht für Tagespflege) Zimmer-Nr.:
bis:		

### Angaben zum zukünftigen Bewohner/Tagesgast

Vorname:	Bewohnervorname	Geburtsname:	
Nachname:	Bewohnernachname	Geburtsdatum:	
		Geburtsort:	
Familienstand: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:	Konfession: <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> andere:	
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
Kirchengemeinde:			
Derzeitiger Aufenthalt:			

**Angaben zu Angehörigen/Bezugspersonen**

keine Angehörigen

Vorname:		Wie verwandt:	
Nachname:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
Mobilnummer:		Faxnummer:	

Vorname:		Wie verwandt:	
Nachname:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
Mobilnummer:		Faxnummer:	

Vorname:		Wie verwandt:	
Nachname:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
Mobilnummer:		Faxnummer:	

**Angaben zum Hausarzt:**

Ist die Weiterbehandlung durch den genannten Hausarzt in unserer Einrichtung gewährleistet:

ja

nein

Name:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	

**ggf. weiterbehandelnder Arzt:**

Name:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	

**Angaben zu einer gesetzlichen Betreuung**

Gesetzliche Betreuung vorhanden?  ja  nein  beantragt am:

Zuständiges Amtsgericht:	Aktenzeichen:		
Aufgabenkreise der Betreuung:	<input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Gesundheitspflege <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung <input type="checkbox"/> Entgegennahme, Öffnen und Anhalten der Post		
Vorname:			
Name:			
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	
Telefonnummer:		E-Mail:	
Mobilnummer:		Faxnummer:	

### Vollmachten

Vorsorgevollmacht vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Patientenverfügung vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestattungsvorsorge vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:		

### Angaben Krankenkasse/Pflegekasse

Krankenkasse:		Versicherungsnummer:	
Pflegegrad: (ab 1.1.17)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
Wenn keine Pflegestufe/-grad vorhanden – beantragt am:			
Zuzahlungsbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Beihilfeberechtigt:**  ja, wenn ja, zuständige Beihilfekasse  nein

Beihilfekasse:			
Ansprechpartner:			
Straße:			
Postleitzahl:		Ort:	
Telefonnummer:		Faxnummer:	
Bemerkungen:			

### Vermögen

Selbstzahler:  ja  nein, wenn nein, zuständiges Sozialamt

Sozialamt:			
Ansprechpartner:			
Straße:			
Postleitzahl:		Ort:	

Telefonnummer:		Faxnummer:	
Antrag gestellt am:		Aktenzeichen:	
Bemerkungen:			

Ist eine Privathaftpflichtversicherung vorhanden:  ja  nein

**Rechnungsempfänger:**

Name:		Vorname:	
Straße:			
Postleitzahl:		Wohnort:	

**Sonstiges (gilt nicht für Tagespflege):**

Telefon: für Kurzzeitpflegegäste (Gebühr und Kaution):	<input type="checkbox"/> ja (gebührenpflichtig)	<input type="checkbox"/> nein
Schlüssel: Eine Aushändigung des Zimmerschlüssels wird gewünscht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bewohnerpost: Eine Aushändigung der persönlichen Post an den Bewohner wird gewünscht (Wenn nein, gelten die hausinternen Regelungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wäscheversorgung: <input type="checkbox"/> nein, die persönliche Wäsche wird privat gewaschen <input type="checkbox"/> ja, ich wünsche eine Wäscheversorgung durch einen Dienstleister der Einrichtung (siehe Informationsblatt des Dienstleisters)		

**Offene Fragen / Wünsche:**

## **Informierte Einwilligung nach der DS-GVO**

Dieser Datenschutzhinweis soll Sie darüber informieren, zu welchen Zwecken AGAPLESION MARKUS DIAKONIE gGmbH (im Folgenden „wir“ oder „uns“ genannt) Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet. Personenbezogene Daten sind dabei sämtliche Informationen, die sich auf Ihre Person beziehen. Die folgenden Informationen sollen Ihnen behilflich sein, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nachvollziehen zu können und somit für Transparenz zu sorgen.

Wir verarbeiten folgende personenbezogene Daten zu Ihrer Person zu folgenden Zwecken:

1. Stammdaten
2. Bezugspersonen
3. Behandelnde Ärzte
4. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten
5. Kranken- bzw. Pflegekasse
6. Vermögen
7. Rechnungsempfänger
8. sonstiges

Durch das Erfassen der oben genannten Daten können wir im Bedarfsfall ihre Wünsche, bzgl. weiterer Bezugspersonen und ggf. mit welcher Berechtigung sie Ihre Interessen vertreten identifizieren, bzw. eine medizinische Behandlung zu ermöglichen.

Wir erfassen die weiteren Informationen, um Sie vor unberechtigten finanziellen Forderungen zu schützen.

Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu dem oben genannten Zweck(en) ist diese Einwilligungserklärung. Die Erteilung der Einwilligung durch Sie erfolgt freiwillig.

Dies bedeutet, Sie sind nicht verpflichtet, uns Ihre personenbezogenen Daten bereitzustellen. Sollten Sie sich dazu entscheiden uns Ihre personenbezogenen Daten nicht bereitzustellen, hat dies folgende Konsequenzen: Ggf. können wir ihnen keinen Platz in unserer Einrichtung anbieten.

Gegebenenfalls greifen wir auch auf Informationen Ihrer Angehörigen zurück.

Es wird keine automatische Entscheidungsfindung, welche ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung beruht, einschließlich Profiling, und eine rechtliche Wirkung entfaltet oder Sie in ähnlicher Weise beeinträchtigt, durchgeführt.

Die Dauer über welche Ihre personenbezogenen Daten bei uns gespeichert werden, ergibt sich nachfolgend:

Bezogen auf obengenannten Daten besteht eine Löschfrist von

- a) 6 Monaten, falls kein Wohn- und Betreuungsvertrag abgeschlossen wird
- b) 10 Jahren, für den Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages nach Vertragsende.

Nach den Vorschriften der EU-Datenschutz-Grundverordnung können Sie uns gegenüber folgende Rechte geltend machen:

- Recht auf Auskunft
- Recht auf Berichtigung
- Recht auf Einschränkung der Verarbeitung
- Recht auf Löschung / Recht auf Vergessen werden
- Recht auf Datenübertragbarkeit

Um eines Ihrer oben aufgeführten Rechte geltend zu machen, können Sie sich jederzeit an uns wenden:

AGAPLESION MARKUS DIAKONIE gGmbH  
Usinger Str. 9

60389 Frankfurt

Unser/e Datenschutzbeauftragte/r kann unter folgenden Kontaktdaten erreicht werden:

[Datenschutz@markusdiakonie.de](mailto:Datenschutz@markusdiakonie.de)

Oder

AGAPLESION MARKUS DIAKONIE gGmbH

Kennwort: DATENSCHUTZ

Usinger Str. 9

60389 Frankfurt

Sollten Sie der Auffassung sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in unzulässiger Weise verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte mit Hilfe der oben genannten Kontaktdaten. Sie haben zudem das Recht sich an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Der Beauftragte für Datenschutz für die evangelische Kirche in Deutschland  
Böttcherstraße 7

30419 Hannover

Telefon: +49 (0)511 768128-0

Fax: +49 (0)511 768128-20

E-Mail: [info@datenschutz.ekd.de](mailto:info@datenschutz.ekd.de)

Webseite: <https://datenschutz.ekd.de>

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Kenntnis genommen und willige ein.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/in Bewohnervorname  
Bewohnernachname

oder Unterschrift rechtliche/r Betreuer/in /  
Bevollmächtigte/r Vorname Betreuer / Bevollmächtigter  
Nachname Betreuer / Bevollmächtigter