

## Anfrageprotokoll

**Datum:**

**Anfragende/r:**

Frau/ Herr

Name: ..... Vorname:.....

Straße: ..... Hausnummer: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Telefon: ..... Beziehung zur pflegebedürftigen Person: .....

**wünschte Informationen über:**

Dauerpflege: ab: .....

Kurzzeitpflege: von: ..... bis: .....

**Pflegebedürftige/r:**

Frau/ Herr

Name: ..... Vorname: .....Geb.-Datum: .....

Derzeitiger Aufenthalt: .....

Diagnose/n: .....

.....

Pflegeeinstufung: .....

**Bemerkungen:** .....

.....

.....

Informationsmaterial zusenden

Informationsmaterial ausgehändigt

Termin vereinbart am: ..... um ..... Uhr, Namenskürzel .....

## **Auszuhändigendes Informationsmaterial**

Interessant:	Ausgehändigt/ Unterschrift
Hausprospekt	.....
Preisliste	.....
Anmeldeformular	.....
Ärztlicher Fragebogen	.....
Biografieblatt	.....
vorvertragliche Leistungsbeschreibung	.....
Freiwillige Einwilligung zur Datenverarbeitung	.....
Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)	.....

## Anmeldeformular

### **1. Angaben zur Person (zukünftiger Verbraucher):**

Name: ..... Geburtsdatum: .....

Vorname: ..... Geburtsort: .....

Geburtsname: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Familienstand: ..... Religion: .....

bisheriger Wohnsitz: .....  
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

.....

Bisheriger Hausarzt: ..... Tel.-Nr.: .....

### **Angehörige:**

1. ....  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

2. ....  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

3. ....  
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Tel.-Nr.: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

Besteht eine **rechtliche Betreuung**? .....

Wenn ja, Name und Anschrift des/r Betreuers/in .....

.....

Aufgabenkreis: .....

.....

Sind **Vollmachten** vorhanden: .....

Aufgabenkreis: .....

Besteht eine Bestattungsvorsorge?

Wenn ja, Name und Anschrift des Bestattungsinstitutes.....

.....

## 2. Kostenübernahme:

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

ja       nein       wenn nein, wann beantragt .....

Wenn ja, Kopie des Bescheids über die Notwendigkeit vollstationärer Pflege der Pflegekassen beifügen.

Liegt ein Bescheid über einen Pflegegrad vor?

ja       nein       wurde am ..... beantragt.

Wenn ja, welcher Pflegegrad?

1       2       3       4       5

Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids über die Einstufung in einen Pflegegrades beifügen.

Sind sie Beihilfeberechtigte/r?       ja       nein

Sind sie von Rezeptgebühren befreit?       ja       nein

Sind sie von Rundfunk- u. Fernsehgebühren befreit?       ja       nein

Den monatlichen Eigenanteil am Einrichtungsentgelt in Höhe von ca. .... kann ich aus eigenem Einkommen/ Vermögen bestreiten:

ja       nein

Bei nicht ausreichender Rente bzw. Vermögen ist ein Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt zu stellen.

Ich habe am ..... einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

Kranken- bzw. Pflegekasse:

Pflegekasse: ..... Sitz der Zweigstelle: .....

Krankenkasse: ..... Sitz der Zweigstelle: .....

Krankenversicherungsnummer:.....

**3. Heimvertrag :**

Die Aufnahme in das Domizil Radewell erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heim- und Betreuungsvertrages.

Alle weiteren für den Einrichtungseinzug notwendigen Informationen entnehmen sie bitte der Anlage zum Anmeldeformular.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift (zukünftiger Verbraucher/ rechtlicher Betreuer

## Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herrn / Frau: .....geb. am: .....

Wohnort: .....  
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

### 1. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. .... kg      Körpergröße ..... cm

2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma)

werden zur Zeit benötigt: .....

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondernahrung)

4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich?     ja       nein

Wenn ja, welche? .....

5. Ist der Patient frei von Lungentuberkulose (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)

ja       nein

6. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen?     ja       nein

7. Besteht Dekubitus?       ja     nein

Wenn ja, seit wann, wo und welche Größe? .....

8. Besteht ein Alkoholabusus?       ja     nein

9. Besteht ein Medikamentenabusus?       ja     nein

## 2. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: .....  
.....  
.....  
.....

2. Körperlicher/ psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtliche Unruhe, Orientierung): .....  
.....  
.....

3. Gibt es Allergien/ Unverträglichkeiten?  ja  nein

4. Liegt eine Stuhl-/ Urininkontinenz vor?  ja  nein

5. Ist fachärztliche Betreuung notwendig?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....  
.....

6. Behandeln sie den oben genannten Patienten nach erfolgten Einrichtungseinzug weiter?

ja  nein

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel u. Unterschrift des Arztes

## **Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung**

Sehr geehrte/r Frau/Herr ...,

Auch Ihre pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten (Name, Geburtsdatum etc.) hinaus insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Diese Daten können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Umfang auch an Dritte (z.B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

**Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen, indem Sie die jeweilige Einwilligung ankreuzen und die Erklärung unterzeichnen. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft von Ihnen widerrufen werden.**

Mit Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Mit freundlichem Gruß



## Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

1. An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung (bitte das Zutreffende mit Ja oder Nein ankreuzen). In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich willige ein, dass der Pflegedienst für den Fall		
Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	einer Einweisung in ein Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abholung von Verordnungen (z.B. Rezepten, Heilmittelverordnungen) bei den behandelten Ärzten/Therapeuten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Einlesen der Versichertenkarte des Bewohners, Patienten bei den behandelten Ärzten/Therapeuten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. vollstationäre Einrichtung) oder in die Häuslichkeit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	des Besuchsdienst eines Seelsorgers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nach meinem Ableben ein Kondolenzbuch incl. Foto auf dem Gedankentisch in der Einrichtung veröffentlicht bzw. ausgelegt werden darf
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter des Pflegedienstes insoweit von ihrer Schweigepflicht.

### Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

Sie sind gemäß § 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Pflegeeinrichtung Domizil Radewell, Kerstin und Hagen Fischer GbR um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß § 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Pflegeeinrichtung Domizil Radewell, Kerstin und Hagen Fischer GbR die Berichtigung, Löschung und Sperrung

einzelner personenbezogener Daten verlangen.

**Widerspruchsrecht**

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung zu oben genannten Zwecken mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Pflegeeinrichtung Domizil Radewell, Kerstin und Hagen Fischer GbR, Dachsweg 1, 06132 Halle, E-Mail: [domizil-radewell@t-online.de](mailto:domizil-radewell@t-online.de) Fax: 0345-6889 übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Halle, den

\_\_\_\_\_  
(Name des Bewohners/Patient)

\_\_\_\_\_  
(Mitunterzeichner und Funktion)

Name Verbraucher/in: .....

