Arbeiter-Samariter-Bund
OV Neustadt/Sachsen e.V.

Aufnahmeantrag – Seniorenpflegeheim (SPH)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. beantworten)

☐ **ASB-SPH „An den Linden“**
Berthelsdorfer Str. 19
01844 Neustadt in Sachsen
Tel. 03596 561-500
Fax 03596 561-555
E-Mail: pflegeheim.neustadt@asb-neustadt-sachsen.de

☐ **ASB-SPH „Blumenfabrik“**
Dr.-Wilhelm-Külz-Str. 1b
01844 Neustadt in Sachsen
Tel. 03596 93898-0
Fax 03596 93898-734
E-Mail: sph.blumenfabrik@asb-neustadt-sachsen.de

☐ **ASB-SPH Hohnstein**
Am Pflanzgarten 1
01848 Hohnstein
Tel. 035975 846-100
Fax 035975 846-146
E-Mail: pflegeheim.hohnstein@asb-neustadt-sachsen.de

☐ **ASB-SPH Sebnitz**
Neustädter Straße 25
01855 Sebnitz
Tel. 035971 8094-0
Fax 035971 8094-150
E-Mail: pflegeheim.sebnitz@asb-neustadt-sachsen.de

I Angaben zu Person *(zukünftige/r Bewohner/-in)*:

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Bisheriger Wohnsitz: _____

Telefon-Nr.: _____

Bisheriger Hausarzt: _____ _____
Telefon-Nr. *Name, Praxisort*

(ggf. bei Paaren Angaben für 2. Person auf Zusatzblatt ergänzen)

Angehörige:

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

Tel.-Nr./E-Mail: _____ _____
Tel. privat *E-Mail-Adresse*

Verwandtschaftsgrad: _____

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

Tel.-Nr./E-Mail: _____ _____
Tel. privat *E-Mail-Adresse*

Verwandtschaftsgrad: _____

Grund für die Heimaufnahme (z.B. welche Vorerkrankungen/allgemeiner Gesundheitszustand):

_____

Besteht eine **rechtliche Betreuung?** ○ ja ○ nein

Wenn ja, Name und Anschrift des/r Betreuers/-in:

_____
Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Tel.-Nr.

Aufgabenkreis: _____

Vorhandene **Vollmachten**: _____

Aufgabenkreis: _____

II. Kostenübernahme

Die Höhe des monatlichen Eigenanteils am Heimentgelt kann über die Homepage des Pflegenavigators eingesehen werden (bitte den gewünschten Ort des Seniorenpflegeheimes in die Suchmaske eingeben): https://www.pflege-navigator.de/

Rechnung für den Eigenanteil an:

_____

Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße, Haus-Nr., Tel.-Nr.

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

Krankenkasse: _____ **Versicherungs-Nr.:** _____

Doppelzimmer gewünscht?
(nur SPH An den Linden Neustadt, Berthelsdorfer Str. 19)
○ ja ○ nein

Liegt ein **Bescheid über einen Pflegegrad** vor? *(Bitte Kopie des Pflegebescheides beifügen!)*
○ ja ○ nein ○ beantragt

Wenn ja, Pflegegrad:
○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5

III. Heimvertrag

Die Aufnahme in das ASB-Pflegeheim erfolgt durch den Abschluss eines Heimvertrages. Alle weiteren für den Heimeinzug notwendigen Informationen klären wir gern in einem persönlichen Gespräch. Mit diesem Antrag erhalten Sie gleichzeitig unsere Vorvertraglichen Informationen gemäß § 3 WBVG ausgehändigt.

Hinweis auf bestehende Rechte
Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Einrichtung um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.
Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Einrichtung die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.
Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax übermitteln.

Bitte beachten Sie, dass dieser Antrag nach Eingang in der jeweiligen Einrichtung nach 12 Monaten gelöscht wird! Bei weiterem Bedarf melden Sie sich bitte telefonisch oder per E-Mail vor Ablauf dieser Frist.

Ort, _ _._ _._ _ _ _ _____
Datum *Unterschrift Bewohner/-in*

_____
Unterschrift gesetzl. Vertreter/-in