

Aufnahmeformular „Haus am Klostergarten“



Aufnahmebeginn: Kurzzeitpflege ab: stationär ab:

Zi.Nr. _____

Stammdaten			
Vor- und Zuname, Geburtsname:			
gemeldete Adresse:			
Geburtsdatum:		<input type="checkbox"/> darf veröffentlicht werden	Geburtsort:
Familienstand:		Konfession:	Staatsangehörigkeit:
Sozialhilfe beantragt / bezogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuständiges Sozialamt:			<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger
Letzter Rentenbescheid liegt vor <input type="checkbox"/>		Letzter Sozialhilfebescheid, wenn vorhanden, liegt vor <input type="checkbox"/>	

Angehörige, Bezugspersonen	
① Name:	② Name:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Telefon:	Telefon:
Mobilnummer:	Mobilnummer:
Email-Adresse:	Email-Adresse:
Verwandtschaftsverhältnis:	Verwandtschaftsverhältnis:
<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Berechtigter mit Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Berechtigter mit Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> Rechnungsempfänger

Einstufung nach dem Pflegeversicherungsgesetz:	
<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	<input type="checkbox"/> wurde beantragt am: _____ von: _____
Bereits vorhanden: Pflegegrad 1: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4: <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5: <input type="checkbox"/>	
Diagnostizierte Inkontinenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Corona-Impfung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PEG-Sonde: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Gesundheits-/Pflegekasse:		Versicherungsnummer:	
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hausarzt:	Kontaktdaten:		
Facharzt:	Kontaktdaten:		
KG / Ergo:	Kontaktdaten:		

Fußpflege: <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> über CHD (kostenpflichtig)	Friseur: <input type="checkbox"/> selbst <input type="checkbox"/> über CHD (kostenpflichtig)
--	--

Ich bin einverstanden, daß sämtliche eingebrachte Wäsche, sofern noch nicht geschehen, mit Namen versehen wird. Die Kosten dafür betragen einmalig 50€ bei stationärem Aufenthalt, 25€ bei Aufhalten im Rahmen der Kurzzeitpflege. Ich wurde darüber aufgeklärt, daß bei fehlender Übernahme durch die Pflegekassen, der gesamte Heimbetrag privat zu zahlen ist.

Eine Einzugsermächtigung, auch für Kurzzeitpflege ist obligatorisch.

Datenverarbeitung

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung



Sehr geehrter Antragsteller,

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.

Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit erkläre ich,

daß ich mit folgenden Datenverarbeitungen (Erhebung, Speicherung, Übermittlung) einverstanden bin und insoweit die Einrichtung und ihre Mitarbeiter jeweils auch von Ihrer Schweigepflicht entbinde:

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 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 das Heim für den Fall

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens oder in die Häuslichkeit

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 Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Datenverarbeitung

2 Zur Verarbeitung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen haben wir die *Steuerberatungsgesellschaft Conmento mbH* beauftragt, Ihre von uns erstellten Rechnungen zu buchen. Diese Entlastung von Verwaltungsarbeiten hilft uns, uns auf die optimale Versorgung unserer Bewohner zu konzentrieren. Das von uns beauftragte Unternehmen ist vertraglich verpflichtet, Ihre Daten nur zu verarbeiten, soweit dies zum Zweck der Abrechnung erforderlich ist (Name, Anschrift, Versichertennummer, Pflegegrad, abrechnungsrelevante An- bzw. Abwesenheitszeiten, Art, Menge, Zeit und Preis der erbrachten Leistung). Weiter ist das Unternehmen verpflichtet, seinerseits seine Mitarbeiter auf die Beachtung der Schweigepflicht und des Datenschutzes zu verpflichten. **Im Falle Ihres Einverständnisses bitte ankreuzen:**

- Ich willige ein, dass die für die Buchung der erbrachten Leistungen notwendigen personenbezogenen Daten an das beauftragte Abrechnungsunternehmen übermittelt werden und befreie die Mitarbeiter des Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

3 Viele unserer Bewohner möchten neben den Leistungen der Einrichtung auch Besuchsdienste und Dienstleistungen von Dritten in Anspruch nehmen. Wir unterstützen dies durch die Organisation von Besuchsterminen. Hierfür werden die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Name, Zimmernummer, ggf. Konfession, gewünschte Leistung, ggf. auch Rechnungs- und Kontodaten) verarbeitet. Dies setzt Ihre Einwilligung voraus.

Ich bin einverstanden mit der Übermittlung der erforderlichen Daten zur Kontaktherstellung und Leistungsorganisation, sowie ggf. zur Unterstützung der Abrechnung der von mir gewünschten Leistungen für nachfolgende Dienste/Dienstleister:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ehrenamtliche Besuchsdienste
 Seelsorger
 Friseur
 Fuß- und Nagelpflege

4 Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, meinem Wohlergehen und meinen Bedürfnissen auch an nicht bevollmächtigte Personen

Aufgrund des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dürfen oben genannten Informationen Auskünfte an Angehörige und sonstige Bezugspersonen, die über keine entsprechende Vollmacht verfügen, nur mit dem Einverständnis des Bewohners erteilt werden. Hierbei sind vor allem Gesundheitsdaten des Bewohners betroffen, also besonders sensible Daten.

Folgende Personen, die nicht bereits anderweitig mit einer entsprechenden Vollmacht ausgestattet sind, darf Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, zu meinem Wohlergehen und zu meinen Bedürfnissen erteilt werden:

.....
.....
.....

Datenverarbeitung

5 Aufnahme von Photographien

Bei Veranstaltungen und Angeboten, die wir für unsere Bewohner durchführen, machen wir zu bestimmten Gelegenheiten Fotos von Bewohnergruppen oder einzelnen Bewohnern.

Diese Fotos **werden nicht ins Internet oder auf unserer Homepage veröffentlicht.**

Wir verwenden diese Fotos hausintern für unsere Pflegedokumentation, gelegentliche Wandbilder im Hause sowie für unsere Informationsbildschirme im Eingangsbereich, jedoch ohne Bezug zu Namen und sonstigen personenbezogenen Daten.

Für die Dokumentation von auftretenden Wunden fertigen wir Bilder der Wunden an, die lediglich in der Pflegedokumentation hinterlegt werden und nur den an der Behandlung beteiligten Personen zugänglich gemacht werden.

Bei allen Fotos legen dabei großen Wert darauf, daß die Bilder in keinsten Weise den Bewohner in einer ungünstigen oder für ihn peinlichen Situation darstellen.

Ich bin damit einverstanden, daß ein Foto, auf dem ich zu erkennen bin:

- in der Pflegedokumentation meiner Akte zugeordnet werden darf
- auf Wandbildern in der Einrichtung ohne Namenszuordnung verwendet werden darf
- auf dem Informationsbildschirm im Hause ohne Namenszuordnung erscheinen darf.

Sollten wir Fotos für andere Zwecke, z.B. eine Hausbroschüre o.ä. verwenden wollen, würden wir dazu eine gesonderte Genehmigung von Ihnen einholen.

Ich bin damit einverstanden, daß Bilder von meinen Wunden zum Zwecke der Dokumentation angefertigt werden dürfen.

Ihre bei uns erhobenen Daten werden für die Dauer von 10 Jahren gespeichert bzw. archiviert. Wir sind dazu aufgrund gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gezwungen. Danach werden physische Akten datenschutzkonform vernichtet und digitale Daten entsprechend Datenschutzregeln sicher gelöscht.

Die nach den vorstehenden Ziffern erteilten Einwilligungen kann der Bewohner ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle (Christlicher HilfsDienst e.V., Merkelrain 8, 76534 Baden-Baden, ☎ 07223 / 9690, email: verwaltung@chd-ev.de) widerrufen.

Steinbach, den

(Antragsteller, Betreuer)

(Mitunterzeichner und Funktion)