

Sozialstiftung Köpenick
Seniorenzentrum Köpenick
Werlseestraße 37-39a
12587 Berlin-Friedrichshagen
www.sozialstiftung.de



Anmeldung zur Aufnahme im Seniorenzentrum Köpenick

Veröffentlichungsdatum: 14.08.2024

Sozialdienst

Telefon: +49 (0)30 6442-230/-231/-241
Telefax: +49 (0)30 6442-299
E-Mail: sozialdienst@sozialstiftung-koepenick.de

Sprechzeiten:
telefonisch Dienstag 13-15 Uhr und Freitag 9-11 Uhr,
persönlich Donnerstag 14-17 Uhr

1. Persönliche Angaben

vorsorglich sofort, gewünschter Einzugstermin:

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Familienstand:	<input type="text"/>
Geburtsname:	<input type="text"/>	Konfession:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	TT.MM.JJJJ	Geburtsort:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>		
Aufenthaltort derzeitig:	<input type="text"/>		

2. Angehörige bzw. Ansprechpartner*in für das Aufnahmeverfahren

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	Verhältnis:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>	Verhältnis:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>		



3. Weitere Angaben

<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung
Kontaktdaten Betreuung/ Bevollmächtigte:			
Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>		
Krankenkasse/ Pflegekasse:	<input type="text"/>	Versichertennummer:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ambulant oder	<input type="checkbox"/> vollstationär:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Pflegegrad nach Einschätzung der Einrichtung: <input type="text"/>			
Höherstufungsantrag im ambulanten Bereich gestellt: <input type="checkbox"/> ja, am <input type="checkbox"/> nein			

4. Hausarzt

Name:	<input type="text"/>		
Praxisanschrift:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Übernimmt der Hausarzt weiterhin die Betreuung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

5. Kosten

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe wird beantragt
---------------------------------------	---

6. Empfänger Heimkostenabrechnung

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Adresse:	<input type="text"/>		
Tel.:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Soll die Abrechnung per E-Mail zugeschickt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			



7. Informationspflicht zum Datenschutz gem. EU-DSGVO und BDSG

Ich/wir sind damit einverstanden, dass die in diesem Aufnahmeantrag erfassten Daten zum Zweck der Aufnahme in unserer Einrichtung bzw. Interessenbekundung gespeichert werden.

Bei erfolgreicher Vermittlung eines Platzes werden die erfassten Daten weiter zur Erfüllung des Vertrages verwendet. Die Daten der Angehörigen, Bevollmächtigten und Betreuer werden zukünftig für die Kontaktierung im Rahmen des Wohn- und Betreuungsvertrages genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

Sofern Sie Ihre E-Mail-Adresse angegeben haben, erhalten Sie Informationen seitens der Sozialstiftung Köpenick und des Seniorenzentrums per Mail. Die Informations-übermittlung per E-Mail können Sie jederzeit widerrufen. Im Falle eines Widerrufs erhalten Sie keine Informationen mehr von uns zugesandt. Nehmen Sie in diesen Fällen mit uns Kontakt auf: über E-Mail info@sozialstiftung.de oder per Brief an Sozialstiftung Köpenick, Werlseestraße 37 - 39a in 12587 Berlin.

Berlin,

Bewohner oder bevollmächtigter
Vertreter/Betreuer