

Anmeldebogen



<input type="checkbox"/> Heilig-Geist-Stift <input type="checkbox"/> Bürgerspital	<input type="checkbox"/> Bürgerspital/ Beschützende Wohngruppe <input type="checkbox"/> Tagespflege Heilig-Geist-Stift <input type="checkbox"/> Tagespflege Bürgerspital
<input type="checkbox"/> Dauerpflege	Einzugsdatum: ab _____ Uhr _____ <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Auszugsdatum: ab _____ Uhr _____ Zimmer Nr.:

Angaben zur Person

Name	
Vorname	
Geburtsdatum/ Geburtsort	
Geburtsname	
Adresse	Straße:
	PLZ: Ort:
Telefonnummer	
Derzeitiger Aufenthaltsort	<input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> Rehaklinik <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Krankenhaus:
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet
Konfession / Nationalität	
Größe/Gewicht	

Angaben zu wichtigen Ansprechpersonen

Name	
Vorname	
Adresse	Straße:
	PLZ: Ort:
Telefonnummer	
E-Mail	

Angaben zur Betreuung / Bevollmächtigung

Angaben zum Betreuer / Bevollmächtigten Beziehungsgrad _____	Besteht eine Betreuung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Besteht eine Vollmacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Name: Vorname:
	Straße:
	PLZ: Ort:
	Telefonnummer:
Liegt eine Patientenverfügung vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtige Hinweise zu den folgenden Lebensbereichen des Bewohners

<p>Kommunizieren können (z.B. Hören, Sprechen, Sehen)</p>	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt teilweise <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> voll eingeschränkt
<p>Mobilität (z.B. Orientierung, Sturzrisiko, notwendige Hilfsmittel, Einschränkungen, Weglauftendenz)</p>	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/> voll eingeschränkt
<p>Vitale Funktionen (z.B. Atmung, Puls, Blutdruck, Körperwahrnehmung, Wärme-Kälteempfinden)</p>	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/> voll eingeschränkt
<p>Selbstpflege (z.B. Mundpflege, Waschen, Toilettengänge)</p>	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/> voll eingeschränkt
<p>Essen und Trinken (z.B. Vorlieben und Gewohnheiten, Selbständigkeit, Schluckbeschwerden, notwendige Hilfestellungen)</p>	<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> teilweise eingeschränkt <input type="checkbox"/> voll eingeschränkt Vorlieben und Gewohnheiten:
<p>Medikamente (z.B. besondere Hinweise)</p>	
<p>Lebensführung (z.B. Gewohnheiten bei der Bekleidung, Schlafrhythmen. Hinweise zur Persönlichkeitsstruktur)</p>	
<p>Biographie (z.B. Hinweise zum Leben des Bewohners)</p>	

Angaben zur Rechnung

Rechnungsanschrift	<input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer / Bevollmächtigter (vgl. oben) <input type="checkbox"/> folgende Person: _____
Kostenübernahme	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Bezirk Oberpfalz <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Datum: _____

Angaben zur medizinischen Versorgung

Hausarzt	Name: _____ Vorname: _____
	Straße: _____
	PLZ: _____ Ort: _____
	Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____
Betreut sie der Hausarzt weiter?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (bitte „neuer Hausarzt“ ausfüllen)
Neuer Hausarzt	Name: _____ Vorname: _____
	Straße: _____
	PLZ: _____ Ort: _____
	Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____
Sind Sie dem Hausarztmodell angeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Soll die Medikamentenversorgung über Apothekenblister laufen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Befreiung von Zuzahlungen:	Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Praxisgebühren <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Hilfsmittel vorhanden?	<input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Zahnprothese <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Brille

Angaben zum Todesfall und/oder Krankenhauseinweisung

Folgende Personen sind im Todesfall und/oder bei Krankenhauseinweisung zu benachrichtigen:	Name: _____ Vorname: _____
	Anschrift: _____
	Telefonnummer: _____
Möchten Sie Tag und Nacht verständigt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Folgende Personen ist der Nachlass, unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung, auszuhändigen	Name: Vorname:
	Anschrift:
	Telefonnummer:
Welches Bestattungsinstitut ist zu benachrichtigen:	

Angaben zur Kranken-/ Pflegekasse

Kranken-/ Pflegekasse	Name:
	Anschrift:
	Telefonnummer:
Versicherungsnummer	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja ___% <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits einen Pflegegrad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Datum: _____ <input type="checkbox"/> vorläufiger Pflegegrad für Heimkostenabrechnung: _____
Liegt bereits ein MDK Gutachten über erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf, laut §45a/87b SGBXI vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beihilfeversicherung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Postleitzahl) _____
	Name:
	Anschrift
	Telefonnummer

Wir möchten Sie darauf aufmerksam machen, dass dies noch keine verbindliche Anmeldung ist. Eine Heimaufnahme wird erst durch den Abschluss eines Heimvertrages rechtsverbindlich.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners

Unterschrift des
Bevollmächtigten / Betreuers

Umgang mit Ihrer Anfrage nach einem Heimplatz bzw. einer pflegerischen Versorgung (Persönlich, per E-Mail oder Post)

Sehr geehrte Interessentin an unserer Versorgung, sehr geehrter Interessent,

wir freuen uns sehr über Ihr Interesse an einer pflegerischen Versorgung durch unsere Tagespflege, unseren ambulanten Dienst oder in einem unserer beiden vollstationären Einrichtungen. Im Folgenden informieren wir Sie zum Umgang mit Ihrer Anmeldung auf der Warteliste bzw. Ihrer Anfrage. Wir erklären, wie wir mit Ihren personenbezogenen Daten umgehen. Personenbezogene Daten sind alle Daten, die auf Sie persönlich beziehbar sind, also z.B. Name, Adresse, E-Mail-Adressen, Telefonnummer. Wir weisen Sie auf Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht hin. Bitte geben Sie diese Hinweise auch den aktuellen und künftig vertretungsberechtigten Personen weiter.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich?

Verantwortlicher gemäß Artikel 4 Absatz 7 DS-GVO ist die gemeinnützige Bürgerspital-GmbH. Die betrieblichen Datenschutzbeauftragten sind wie folgt zu erreichen:

Gerhard Schill, Geschäftsführung
Heilig-Geist-Stift
09621-6009-0

Martin Wittmann, Einrichtungsleitung, Prokurist
Bürgerspital Seniorenzentrum
09621-3083-0

Per Mail können Sie an uns unter folgender Adresse schreiben: buergerspitalstiftung@amberg.de

Alle Informationswünsche, Auskunftsanfragen, Widerrufe oder Widersprüche zur Datenverarbeitung richten Sie bitte per E-Mail an uns oder per Brief an die oben genannte Adresse. Für nähere Informationen verweisen wir auf den vollständigen Text der DS-GVO, welcher im Internet.

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde über datenschutzrechtliche Sachverhalte zu beschweren.

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht (BayLDA)

Promenade 27
91522 Ansbach
Telefon: +49 (0) 981 53 1300

Welche Daten und welche Quellen nutzt die gemeinnützige Bürgerspital-GmbH um Interessenten eine pflegerische Versorgung anbieten zu können?

Die Daten werden von uns nur erhoben, gespeichert und ggf. weitergegeben, soweit es für Ihre Anfrage erforderlich ist. Dazu nutzen wir ausschließlich Daten, die wir von Ihnen mittels unseres Anfrageformulars erhalten haben. Das Anfrageformular ist von Ihnen zu unterzeichnen. Bei telefonischen Anfragen und einem dringenden Versorgungsbedarf dürfen wir aus Gründen des Datenschutzes ausschließlich Ihren Namen und Ihre Telefonnummer notieren sowie den konkreten Bedarf (z. B. Einzelzimmer ab Datum) und bitten Sie, das Anmeldeformular baldmöglichst nachzureichen bzw. die Einwilligung zur Datenspeicherung zu unterzeichnen.

Daneben verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unseres pflegerischen Auftrages von Dienstleistern im Gesundheitswesen wie Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, Apotheken und Ärzten sowie therapeutischen und sonstigen Einrichtungen erhalten. Diese Daten fordern wir nicht aktiv an sondern erhalten wir von Dritten auf Wunsch und mit Einwilligung von Betroffenen, um die individuelle Versorgung sicherstellen zu können.

Auf welcher Rechtsgrundlage verarbeitet die gemeinnützige Bürgerspital-GmbH Ihre Daten?

Die Nachfrage nach unseren pflegerischen Leistungen ist sehr hoch. Deshalb führen wir in allen Bereichen Wartelisten. Wir können Sie nur dann für unsere Leistungen berücksichtigen, wenn wir schon vor Vertragsabschluss prüfen können, ob unsere Angebote für Sie passend sind.

Mit der Bekundung Ihres Interesses an einer Versorgung durch uns entsteht schon ein vorvertragliches Verhältnis. Die Erhebung und Speicherung Ihrer Daten als Interessent erfolgt mithin zum Zwecke von vorvertraglichen Maßnahmen auf Anfrage der betroffenen Person auf Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe b DS-GVO. Eine Nichtbereitstellung dieser Daten kann zur Folge haben, dass wir Ihre Anfrage nach einer Versorgung nicht berücksichtigen können. Eine weitergehende Verarbeitung erfolgt nur, wenn Sie eingewilligt haben oder eine gesetzliche Erlaubnis vorliegt. Wir unterhalten aktuelle technische Maßnahmen zur Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten. Diese werden dem aktuellen Stand der Technik jeweils angepasst.

Gibt es für mich eine Pflicht zur Bereitstellung von Daten?

Im Rahmen der Anbahnung einer pflegerischen Versorgung müssen Sie uns diejenigen personenbezogenen Daten zur Verfügung stellen, die für die Erfüllung unseres Pflegeauftrages und der damit verbundenen Pflichten erforderlich sind. Wir müssen beispielsweise wissen, ob eine pflegebedürftige Person orientiert ist oder nicht, aggressiv ist oder nicht oder bestimmte Versorgungsmaßnahmen wie z. B. Sauerstoff oder Unterbringung bei Problemkeimen benötigt wird. Nur dann kann geklärt werden, ob eine pflegerische Versorgung möglich ist und falls ja mit welchen Voraussetzungen. Ohne ausreichende Information werden wir nicht in der Lage sein, eine gute pflegerische Versorgung anzubieten bzw. aufrecht zu erhalten. Wir machen darauf aufmerksam, dass wir von bereits geschlossenen Verträgen zurücktreten müssen, wenn vor der Aufnahme in die Versorgung die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt wurden.

Findet eine automatisierte Entscheidungsfindung zur Aufnahme in die Versorgung statt?

Wir nutzen keinerlei Verfahren der elektronischen Datenverarbeitung im Interessentenmanagement. Sollten wir eine Versorgung in unseren Einrichtungen für nicht möglich halten, dann teilen wir Ihnen das umgehend und offen mit. Beispielsweise sind unsere stationären Einrichtungen Nichtraucher-Häuser und haben auch keine Sprinkleranlagen in den Bewohnerzimmern eingebaut. Bei sehr starken und ggf. auch zusätzlich nicht voll orientierten Interessenten kann so eine stationäre Aufnahme ausgeschlossen sein.

Wir ein Versorgungsangebot für Sie möglich dann telefonieren wir die Warteliste nacheinander ab. Das Versorgungsangebot wird dann an den nächsten Interessenten vergeben, der dann zusagt.

Was passiert mit den erhobenen Daten?

Ihre Anfrage bzw. die auf dem Anfrageformular gespeicherten Daten werden ausschließlich für betriebliche Zwecke zum Angebot einer Versorgung verarbeitet sowie gespeichert. Die erhobenen Daten werden solange gespeichert, bis der Zweck erfüllt wurde, zu dem die Daten erhoben wurden, und nicht mehr erforderlich sind oder bis zum Ablauf der **Frist von 12 Monaten** nach Eingang Ihres Anmeldeformulars. Ist die Frist von 12 Monaten überschritten dann können Sie entweder einer weiteren Speicherung schriftlich zustimmen oder die Daten werden gelöscht. Eine Weiterleitung Ihrer Daten erfolgt nicht.

Ihre Daten werden auch gelöscht, wenn eine Speicherung unzulässig ist. **Aus wirtschaftlichen Gründen können wir Ihnen Ihr Anmeldeformular nicht zurücksenden. Wir bitten hierfür um Verständnis.**

Sie haben das Recht, von uns jederzeit über die zu Ihnen bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten (Artikel 15 DS-GVO) Auskunft zu verlangen. Dies betrifft auch die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, an die diese Daten weitergegeben werden und den Zweck der Speicherung. Zudem haben Sie das Recht, unter den Voraussetzungen des Artikel 16 DS-GVO die Berichtigung und/oder unter den Voraussetzungen des Artikel 17 DS-GVO die Löschung und/oder unter den Voraussetzungen des Artikel 18 DS-GVO die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen. Alle Informationswünsche, Auskunftsanfragen, Widerrufe oder Widersprüche zur Datenverarbeitung richten Sie bitte persönlich, telefonisch oder schriftlich an uns. Sie können auch unsere Geschäftsführung zum Zweck der Informationen zum Datenschutz kontaktieren.

Es besteht weiterhin das Recht gemäß Art. 16 DSGVO, die unverzügliche Berichtigung unrichtiger oder Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten zu verlangen. Ferner können Sie unter den Voraussetzungen des Artikel 20 DS-GVO jederzeit eine Datenübertragung verlangen –sofern die Daten noch bei uns gespeichert sind.

Im Fall einer Verarbeitung personenbezogener Daten zur Wahrnehmung von im öffentlichen Interesse liegenden Aufgaben (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe e DS-GVO) oder zur Wahrnehmung berechtigter Interessen (Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe f DS-GVO), können Sie der Verarbeitung der sie betreffenden personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Im Fall des Widerspruchs haben wir jede weitere Verarbeitung Ihrer Daten zu den vorgenannten Zwecken zu unterlassen, es sei denn,

- es liegen zwingende, schutzwürdige Gründe für eine Verarbeitung vor, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder
- die Verarbeitung ist zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich.

Wenn die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten auf Ihrer Einwilligung beruht, haben Sie das Recht, die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird hierdurch nicht berührt (Artikel 7 Absatz 3 DS-GVO).

Unter den Voraussetzungen des Artikel 21 Absatz 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden.

Was mache ich bei Rückfragen?

Wenden Sie sich gerne vertrauensvoll an unser Team

Mit freundlichen Grüßen



Gerhard Schill
Geschäftsführer



Martin Wittmann
Heimleitung

Bürgerspital-GmbH, Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Infanteriestraße 16, 92224 Amberg
Geschäftsführung: Gerhard Schill
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Herr Oberbürgermeister Michael Cerny
Amtsgericht Amberg, HRB 5740 Steuernummer: 201/147/00364
Bank: Volksbank-Raiffeisenbank Amberg
IBAN:DE67 7529 0000 0000 0627 07
SWIFT-BIC: GENODEF1AMV

Bitte in unserer Einrichtung abgeben:

Die Information zum Datenschutz und zum Umgang mit Ihrer Anfrage nach einem Heimplatz bzw. einer pflegerischen Versorgung (per Persönlich, per Email oder Post) erhalten:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bürgerspital-GmbH, Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Infanteriestraße 16, 92224 Amberg
Geschäftsführung: Gerhard Schill
Vorsitzender des Aufsichtsrates:
Herr Oberbürgermeister Michael Cerny
Amtsgericht Amberg, HRB 5740 Steuernummer: 201/147/00364
Bank: Volksbank-Raiffeisenbank Amberg
IBAN:DE67 7529 0000 0000 0627 07
SWIFT-BIC: GENODEF1AMV