



## Vorsorgliche Anmeldung zur Heimaufnahme

- Vollstationär**     **Kurzzeitpflege** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Tagespflege (nur Laurentius – Münch – Haus!)**     **vorsorglich**     **dringend**

### Ich bin interessiert an einer Heimaufnahme im:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Lorenz-Werthmann-Haus</b><br>Kohlheckstraße 37, 65199 Wiesbaden<br>Tel: 0611-46804-0/36      | <input type="checkbox"/> <b>Haus Elisabeth</b><br>Hahnemann Straße 5, 65203 Wiesbaden<br>Tel: 0611-3417050         |
| <input type="checkbox"/> <b>Herz-Jesu-Heim</b><br>Erich-Ollenhauer-Str. 15, 65203 Wiesbaden<br>Tel. 0611-690723-0/01     | <input type="checkbox"/> <b>Haus St. Hedwig</b><br>Kärntner Str.13, 65187 Wiesbaden<br>Tel: 0611-98654-0/26        |
| <input type="checkbox"/> <b>Clemenshaus</b><br>Biebricher Allee 41, 65187 Wiesbaden<br>Tel. 0611-450390                  | <input type="checkbox"/> <b>Haus LeNa</b><br>Christa- Moering-Platz 1, 65197<br>Wiesbaden, Tel: 0611 – 987802-740  |
| <input type="checkbox"/> <b>Laurentius-Münch- Haus</b><br>Im Brückenfeld 6, 65439 Flörsheim<br>Tel: 06145-9563-0         | <input type="checkbox"/> <b>Vinzenz von Paul - Haus</b><br>Stettiner Str. 22, 65510 Idstein<br>Tel: 06126-9347-790 |
| <input type="checkbox"/> <b>Haus St. Hildegard</b><br>Sonnenbergstrasse 45, 65343 Eltville am Rhein<br>Tel: 06123-921712 | <input type="checkbox"/> <b>Marienheim</b><br>Hospitalstrasse 23, 65366 Geisenheim<br>Tel: 06722-9912112           |

Falls es in der gewünschten Einrichtung aktuell keinen Platz gibt, darf der Anmeldebogen auch an die anderen Einrichtungen weitergeleitet werden?     **ja**     **nein**

**Name:** \_\_\_\_\_    **Vorname:** \_\_\_\_\_

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_    **Demenz:**     **ja**     **nein**

**Gewünschtes Datum Einzug:** \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner

**Name:** \_\_\_\_\_

**Tel. - Nr.:** \_\_\_\_\_    **Mobil - Nr.:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**2. Ansprechpartner**

Name: \_\_\_\_\_

Tel. - Nr.: \_\_\_\_\_ Mobil - Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Weitere wichtige Information zur Lebenssituation (freiwillige Angaben):**


---



---



---



---

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

**AntragstellerIn  
und/oder  
gesetzlicher Vertreter/Betreuer**

**Datenschutzerklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass die zur Anmeldung erhobenen, personenbezogenen Daten, allen MitarbeiterInnen der Pflege, der Betreuung, der Hauswirtschaft und der Verwaltung in den Einrichtungen der CAP, welche auf die Verschwiegenheit verpflichtet sind, zugänglich gemacht werden. Es werden nur solche Informationen der Antragsstellerin/des Antragsstellers sowie der Ansprechpartner verarbeitet und gespeichert, die für die Anmeldung zur Heimaufnahme erforderlich sind. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen und es nicht zu einer Heimaufnahme kommt, werden meine Daten drei Jahre nach der Anmeldung zur Heimaufnahme gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach dem Gesetz über den Kirchlichen Datenschutz (KDG) und informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

---

 Ort/Datum

---

 Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)

QMB	Erstellt am	Erstellt von	Geändert am	Version	Freigabe am	Freigabe durch	<b>Seite 2 von 1</b>
ZQM	14.02.2020	Krockert		1.0	17.02.2020	GF	
Geltungsbereich:		3.2 Information/ Akquisition					