

# Verwaltung Formular

## Antrag auf einen Platz im Seniorenzentrum Haiger SZH

(Auszufüllen von Angehörigen / Interessenten auf dem Postweg)



Einverständnis zur Erfassung und Verarbeitung personenbezogener Daten erteilt:		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Name/ Vorname des Gastes:					
Anschrift:					
Geburtsdatum:				Geburtsname:	
Geburtsort:				Konfession:	
Familienstand:				Nationalität:	
bevorzugter Aufnahmezeitpunkt:					
Aufnahme soll erfolgen:		<input type="checkbox"/> schnellstmöglich		<input type="checkbox"/> mittelfristig	
<input type="checkbox"/> langfristig					
<i>Angehörige/ Betreuer</i>					
<input type="checkbox"/> Angehörige/r Beziehung: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____			
<input type="checkbox"/> Angehörige/r Beziehung: _____ <input type="checkbox"/> Gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Vollmacht		Name: _____ Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____ Telefon: _____ E-Mail: _____			
Besonderheiten: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Andere Fixierung _____ <input type="checkbox"/> Richterl. Anordnung liegt vor. <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> DauerK <input type="checkbox"/> Port ZVK <input type="checkbox"/> Diabetiker <input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Keine Medikamente stellen					
<b>Infektiöse Erkrankungen:</b>					
Hausarzt:		Name: _____		Telefon: _____	
		Straße: _____		Telefax: _____	
		PLZ Ort: _____			
z. Zt. Im Krankenhaus:					
Name des Sozialarbeiters/Telefon:					
Pflege-/Krankenkasse:			KV-Nr.		
Pflegegrad:		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Neueinstufung wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Höherstufung wurde/ wird beantragt am _____			
Kostenübernahme Kranken-/Pflegekasse:		<input type="checkbox"/> wurde/ wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> Privat/bzw. Selbstzahler			
Rezeptgebührenbefreiung		<input type="checkbox"/> * ja, bis ..... *bitte Kärtchen mitbringen <input type="checkbox"/> nein			
Restkostenübernahme durch Sozialamt:		<input type="checkbox"/> wird/wurde beantragt am _____ beim Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wird beantragt am _____ <input type="checkbox"/> ist nicht erforderlich			

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL

Verwaltung Formular  
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung  
Vollstationäre Pflege SZH

**Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung von Daten**

Frau / Herr

---

Vor- und Zuname des Bewohners

willigt ein **(im Falle der Einwilligung bitte ankreuzen!)**, dass

das DRK Seniorenzentrum Haiger Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand, insbesondere den Pflegegrad des Bewohners, verarbeitet und an

die den Bewohner ambulant und stationär behandelnden Ärzte

sowie sonstige den Bewohner behandelnden Personen wie

- Apotheker,
- Ergotherapeuten,
- Physiotherapeuten,
- Podologen,
- Logopäden,
- ambulante Pflegedienste,

übermittelt, soweit diese zur vertragsgemäßen Erbringung der in den jeweiligen Behandlungsverträgen vereinbarten Leistungen, Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigen, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln; beispielsweise zur Fortführung der Leistungen nach einer Überleitung aus dem Heim;

das DRK Seniorenzentrum Haiger Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, verarbeitet und an externe Sachverständige zum Zwecke der Führung von Fallgesprächen und Supervisionen übermittelt;

Diese Erklärung ist jederzeit – auch teilweise – widerrufbar und gilt ansonsten über den Tod des Bewohners hinaus, bis die genannten Zwecke erreicht sind. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Der – auch teilweise – Widerruf kann jedoch dazu führen, dass das DRK Seniorenzentrum Haiger seine Leistungen nicht mehr vertragsgemäß erbringen kann.

---

(Ort, Datum)

---

**Unterschrift des Bewohners  
bzw. seines Vertreters**

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL

Verwaltung Formular  
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung  
Vollstationäre Pflege SZH

### Entbindung von der Schweigepflicht

Frau / Herr

---

Zuname, Vorname des Bewohners

entbindet **(im Falle des Einverständnisses bitte ankreuzen)**

die den Bewohner ambulant und stationär behandelnden Ärzte

sowie sonstige ihn behandelnde Personen wie

- Apotheker,
- Ergotherapeuten,
- Physiotherapeuten,
- Podologen,
- Logopäden,
- Ambulante Pflegedienste

von der Schweigepflicht gegenüber dem DRK Seniorenzentrum Haiger soweit dieses zur vertragsgemäßen Erbringung der in diesem Heimvertrag bezeichneten Leistungen Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigt, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln;

das DRK Seniorenzentrum Haiger von der Schweigepflicht gegenüber den den Bewohner ambulant und stationär behandelnden Ärzten

sowie sonstigen ihn behandelnden Personen wie

- Apothekern,
- Ergotherapeuten,
- Physiotherapeuten,
- Podologen,
- Logopäden,
- Ambulante Pflegedienste

soweit diese zur vertragsgemäßen Erbringung der in den jeweiligen Behandlungsverträgen vereinbarten Leistungen Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigen, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln, beispielsweise zur Fortführung der Leistungen nach einer Überleitung aus dem Heim;

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL

Verwaltung Formular  
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung  
Vollstationäre Pflege SZH

- Das DRK Seniorenzentrum Haiger von der Schweigepflicht gegenüber externen Sachverständigen zum Zwecke der Führung von Fallgesprächen und Supervisionen;

Diese Erklärung ist jederzeit – auch teilweise – widerrufbar und gilt ansonsten über den Tod des Bewohners hinaus, bis die genannten Zwecke erreicht sind. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Entbindung von der Schweigepflicht nicht berührt. Der – auch teilweise – Widerruf kann jedoch dazu führen, dass das DRK Seniorenzentrum Haiger seine Leistungen nicht mehr vertragsgemäß erbringen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters**

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL

Verwaltung Formular  
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung  
Vollstationäre Pflege SZH

**Einwilligung in Herstellung und Verwendung von Foto-Aufnahmen**

Frau / Herr

---

Zuname, Vorname des Bewohners

Der Bewohner ist **nicht** damit einverstanden, dass von ihm Fotos aufgenommen werden.

Der Bewohner ist damit einverstanden, dass außerhalb seines Zimmers in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten bzw. im Rahmen von hausinternen oder offenen Veranstaltungen des Heimträgers von ihm unentgeltlich Fotos aufgenommen werden. Der Bewohner ist auch damit einverstanden, dass diese Foto-Aufnahmen ohne gesonderte Zustimmung unentgeltlich für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung des Heimträgers (z.B. Broschüren, Pressemitteilungen) hausintern, z. B. in der Heimzeitung „DRK Hausbote“, in der örtlichen Presse sowie auf den Internetseiten des Heimträgers verwendet bzw. veröffentlicht werden können. Die Fotos dürfen bearbeitet und im Zusammenhang mit Text und Grafiken wiedergegeben werden. Der Heimträger achtet und wahrt bei allen Formen der Verwendung der Foto-Aufnahmen die Würde des Bewohners. Der Bewohner ist ebenfalls damit einverstanden, dass auch im Rahmen einer eventuellen Wunddokumentation Fotoaufnahmen der entsprechenden Wundbereiche erstellt werden.

Eine Einwilligung ist freiwillig und unabhängig vom Abschluss des Heimvertrages. Es besteht keine Verpflichtung des Bewohners, sie zu erklären. Der Bewohner kann seine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle eines Widerrufs wird das Fotomaterial zwar weiterhin verwendet, sollte es aber eine Neuauflage oder Überarbeitung der Publikation geben, wird dann Fotomaterial verwendet, das nicht den Bewohner zeigt. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

---

Ort, Datum

---

**Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters**

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL

Verwaltung Formular  
Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung  
Vollstationäre Pflege SZH

**Einwilligung in Veröffentlichung bewohnerbezogener Daten innerhalb der  
Einrichtung**

Frau / Herr

---

Zuname, Vorname des Bewohners

Der Bewohner ist **nicht** mit der Veröffentlichung bewohnerbezogener Daten innerhalb der Einrichtung einverstanden.

Der Bewohner erklärt sich einverstanden, dass sein Name, Wohnraum und ggf. Geburtsdatum außerhalb seines Zimmers in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten ausgehängt sowie in der Heimzeitung „DRK Hausbote“ veröffentlicht werden. Dies bezieht sich auf folgende Bereiche (bitte die jeweils einschlägige Option ankreuzen, zu der eine Veröffentlichung gewünscht ist):

- Wegweiser zu den Bewohnerzimmern
- Türbeschilderung an den Bewohnerzimmern
- Geburtstagslisten in den einzelnen Wohngruppen
- Geburtstagsliste in der Heimzeitung „DRK Hausbote“

Eine Einwilligung ist freiwillig und unabhängig vom Abschluss und Bestand des Heimvertrages. Es besteht keine Verpflichtung des Bewohners, sie zu erklären. Der Bewohner kann eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

---

Ort, Datum

---

**Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters**

Datum	Freigegeben
27.03.2023	EL