

## Anmeldung zur Aufnahme im EVIM gGmbH | Altenhilfe Seniorenzentrum

|                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| Name der Einrichtung | Telefonnummer          |
| Fax Nr.              | E-Mailadresse @evim.de |

**Anmeldedatum:** \_\_\_\_\_ ☐ Vorsorgliche Anmeldung ☐ Dringliche Anmeldung

Anmeldung für: ☐ vollstationäre Pflege (unbefristet)  
☐ Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Wunsch nach: ☐ Einzelzimmer (ggf. Kategorie: \_\_\_\_\_) ☐ Doppelzimmer  
☐ beschützende Unterbringung ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_

|                                                                                                                                                                                                       |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Name:</b>                                                                                                                                                                                          | <b>Vorname:</b>                        |
| <b>Geburtsdatum:</b>                                                                                                                                                                                  | <b>Geburtsname:</b> <b>Geburtsort:</b> |
| <b>Familienstand:</b> <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verpartnert <input type="checkbox"/> ledig |                                        |
| <b>Anschrift:</b>                                                                                                                                                                                     |                                        |
| <b>Telefon:</b>                                                                                                                                                                                       |                                        |
| <b>Nationalität:</b>                                                                                                                                                                                  | <b>Konfession:</b>                     |
| <b>derzeitiger Aufenthaltsort:</b>                                                                                                                                                                    |                                        |

|                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> keine Eingruppierung <input type="checkbox"/> Pflegegrad beantragt/ Höherstufung beantragt                                       |
| <b>Krankenkasse:</b> <b>Vers. Nr.:</b>                                                                                                                    |
| <b>Kostenträger:</b> <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Beihilfestelle                     |

|                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Vollmachten / Verfügungen:</b> <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung |
| <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____                             |

|                           |                                                                                                                                                        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ansprechpartner 1:</b> | <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsverhältnis: _____<br><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer/in |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| <b>Name:</b>                 | <b>Vorname:</b>   |
| <b>Anschrift:</b>            |                   |
| Privat: _____                | Dienstlich: _____ |
| <b>Telefon:</b> Mobil: _____ | E-Mail: _____     |

|                           |                                                                                                                                                        |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ansprechpartner 2:</b> | <input type="checkbox"/> Verwandtschaftsverhältnis: _____<br><input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r: <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer/in |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| <b>Name:</b>                 | <b>Vorname:</b>   |
| <b>Anschrift:</b>            |                   |
| Privat: _____                | Dienstlich: _____ |
| <b>Telefon:</b> Mobil: _____ | E-Mail: _____     |

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>Hausarzt:</b>                  |
| <b>Anschrift:</b> <b>Telefon:</b> |

|                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnosen:</b>                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          |
| <b>Pflege- und Betreuungssituation:</b> (z.B. Körperpflege, Behandlungspflege, Orientierung, Mobilität, Ausscheidung, Freiheitseinschränkende Maßnahmen) |
|                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          |
| <b>Infektionserkrankungen?</b>                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                          |
| <b>Allergien:</b> (ggf. spezielle Ernährung)                                                                                                             |
|                                                                                                                                                          |

|                                                       |                               |                                          |                                   |                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Wie sind Sie auf uns/EVIM aufmerksam geworden?</b> |                               |                                          |                                   |                                           |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung                   | <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Eigene Recherche |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:                   |                               |                                          |                                   |                                           |

Datum:

Unterschrift:

**Wir behalten uns vor, wenn wir nichts mehr von Ihnen hören,  
Sie nach einem Jahr von unserer Warteliste zu nehmen.**

**Von der Einrichtung auszufüllen, wenn gesicherte Unterlagen vorliegen!**

|                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Diagnosen gemäß Arztbrief/ Anlagen zur Anmeldung gesichert:</b>                                                     |
|                                                                                                                        |
| <b>Zusammenfassung Pflege- und Betreuungssituation</b>                                                                 |
|                                                                                                                        |
| <b>Infektionserkrankungen?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei ja, welche:               |
|                                                                                                                        |
| <b>Allergien:</b> (ggf. spezielle Ernährung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bei ja, welche: |
|                                                                                                                        |

|                            |                                     |
|----------------------------|-------------------------------------|
| <b>Kontaktverlauf:</b>     | <b>gewünschter Aufnahmeterrnin:</b> |
| <b>Letzter Kontakt am:</b> | <b>Anmerkungen, Vereinbarungen</b>  |
|                            |                                     |
|                            |                                     |

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten für die Anmeldung bei EVIM gGmbH Altenhilfe****Name und Kontakt des Verantwortlichen**

EVIM gGmbH Altenhilfe

**Einrichtung XY****Name und Kontakt des Datenschutzbeauftragten**

Kanzlei Siebel Audit GmbH Steuerberatungsgesellschaft

E-Mail-Adresse: datenschutz@evim.de

**Zweck und Rechtsgrundlage der Verarbeitung**

Die in diesem Formular erhobenen personenbezogenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Aufnahme und Verwaltung Ihrer Anmeldung verarbeitet. Dies umfasst insbesondere die Bewertung Ihrer Pflegesituation, die Prüfung verfügbarer Plätze und die Dokumentation für die Warteliste.

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Grundlage Ihrer **Einwilligung** gemäß § 6 Nr. 2 DSGVO. Ohne Ihre Einwilligung können wir Ihre Anmeldung nicht bearbeiten oder Sie in unsere Warteliste aufnehmen.

**Kategorien der verarbeiteten Daten**

Im Rahmen der Anmeldung werden folgende Daten verarbeitet:

- Persönliche Informationen (Name, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, Adresse, Konfession, Nationalität)
- Informationen zur Pflege und Versorgung (Pflegegrad, Kostenträger, Krankenkassendaten)
- Angaben zu Bevollmächtigten, gesetzlichen Betreuern und Ansprechpartnern
- Medizinische Informationen (Diagnosen, Allergien, Infektionserkrankungen, Ernährung)
- Angaben zum aktuellen Aufenthaltsort und Hausarzt

**Empfänger der Daten**

Die Daten werden ausschließlich von den autorisierten Mitarbeitern der EVIM gGmbH Altenhilfe verarbeitet. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte erfolgt nicht.

**Speicherdauer**

Ihre Daten werden für die Dauer eines Jahres gespeichert, wenn keine weiteren Informationen von Ihnen eingehen. Nach Ablauf dieser Frist werden Ihre Daten von unserer Warteliste gelöscht.

**Ihre Rechte**

Sie haben gemäß DSGVO das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Widerspruch sowie Widerruf im Bezug zur Verarbeitung Ihrer Daten.

**Widerruf und Beschwerden**

Wenn Sie Ihre Einwilligung widerrufen möchten, können Sie dies schriftlich an die oben angegebenen Kontaktadressen tun. Beschwerden über die Datenverarbeitung können Sie an die Aufsichtsbehörde unter [mitte-west@datenschutz.ekd.de](mailto:mitte-west@datenschutz.ekd.de) richten. Weitere Kontaktdaten finden Sie unter <https://datenschutz.ekd.de>

**Einwilligungserklärung**

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß den oben genannten Bestimmungen durch EVIM gGmbH Altenhilfe ein. Ich wurde umfassend über den Zweck der Verarbeitung und meine Rechte informiert. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift des Anmeldenden:** \_\_\_\_\_**Unterschrift des gesetzlichen Vertreters:** \_\_\_\_\_