

VE7411F_Anmeldung

Anmeldung im SeniorenWohnen Hoefelmayrpark

Ihr gewünschter Einzugstermin: baldmöglichst zu einem späteren Zeitpunkt ca. _____

Wohnungswunsch: 2-Bett-Zimmer 1-Bett-Zimmer
 Kurzzeitpflege vollstationäre Pflege im Wohnbereich:
 Demenz Pflege

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____ Konfession: _____

Pflegegrad: beantragt PG I PG II PG III PG IV PG V

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Name und Anschrift des Hausarztes: _____

Monatlich stehen zur Verfügung... _____ Euro Rente Pension Sonstiges _____ Beihilfe

Angehörige und/oder Bezugspersonen

	a)	b)
Name, Vorname:	_____	_____
Beziehung:	_____	_____
Straße:	_____	_____
PLZ / Ort:	_____	_____
Telefon:	_____	_____
Handy/ E-Mail:	_____	_____

Weitere Angehörige/Bezugspersonen bitte auf separatem Blatt angeben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

SeniorenWohnen Hoefelmayrpark, Hieberstr. 6, 87435 Kempten
Tel.: 0831/204-0, Fax: 0831/204-113

VE7411F_Anmeldung**Information gemäß der EU- Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben Interesse an unserem Haus bekundet, und wir stehen mit Ihnen in Kontakt. Für dieses Interesse bedanken wir uns. Aufgrund der gesetzlichen Regelungen zum Schutz Ihrer persönlichen Daten, der EU-Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes, bedarf die Erfassung personenbezogener Daten der Zustimmung des Betroffenen. Nachdem wir mit Ihnen in Kontakt sind, haben Sie der Erfassung zwar schon bei Ihrer Anfrage an uns zugestimmt, der Gesetzgeber verlangt nun zusätzlich Ihre explizite schriftliche Zustimmung zur Erfassung und Speicherung Ihrer Daten, die wir auf der Vorderseite von Ihnen erheben, um mit Ihnen einen Vertrag eingehen zu können.

Welche Daten speichern wir?

Zu den von uns verarbeiteten Kategorien personenbezogener Daten gehören insbesondere Ihr Vorname, Nachname, Namenszusätze, Staatsangehörigkeit, Kontaktdaten (etwa private Anschrift, (Mobil-)Telefonnummer, E-Mail-Adresse) und Ihr Geburtsdatum sowie Angaben zu behandelnden Ärzten und Bezugspersonen.

Zustimmung:

Mit der weiteren Verarbeitung der auf der Vorderseite dieses Bogens erfassten Daten durch die Sozialservice-Gesellschaft bin ich einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Interessent/Betreuer

Sollten wir diesen Anmeldebogen nicht binnen vier Wochen von Ihnen zurückerhalten, so werden alle Angaben, die Sie uns bereits gemacht haben und die wir bisher verarbeitet haben, von uns gelöscht.