

**Anmeldung - Blatt 1-  
Persönliche Daten**

⇒ **Vollstationär**  
⇒ **Kurzzeitpflege**  
◇ **Tagespflege**

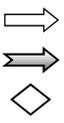


Stiftung Zivilhospital  
Altenzentrum Oppenheim  
www.altenzentrum-oppenheim.de

QM  
Nr.

**Bitte beachten:** Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Bei vollstationärer Aufnahme **zusammen mit Blatt 2 (Kostenklärung)** einsenden

1. **Familiennamen** \_\_\_\_\_  
(ggf. Geburtsname)
2. **Vorname(n)** \_\_\_\_\_
3. **Derzeitiger Aufenthalt** \_\_\_\_\_  
(Nebenwohnung) \_\_\_\_\_
4. **Meldeadresse** \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort, Strasse \_\_\_\_\_
5. **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_ **Geburtsort** \_\_\_\_\_
6. **Familienstand** \_\_\_\_\_ **Religion** \_\_\_\_\_
7. **Staatsangehörigkeit** \_\_\_\_\_
8. **Angehörige/  
Vertrauensperson „1“**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
vollständige \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. mit Vorwahl \_\_\_\_\_  
Verwandtschafts-Verh. \_\_\_\_\_
9. **Angehörige/  
Vertrauensperson „2“**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
vollständige \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. mit Vorwahl \_\_\_\_\_  
Verwandtschafts-Verh. \_\_\_\_\_
10. **Bevollmächtigter/  
gesetzlicher Betreuer**  
Name/Vorname \_\_\_\_\_  
vollständig Anschrift \_\_\_\_\_  
PLZ Ort, Strasse \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. mit Vorwahl \_\_\_\_\_

<b>Anmeldung - Blatt 1- Persönliche Daten</b>	 <b>Vollstationär</b> <b>Kurzeitpflege</b> <b>Tagespflege</b>	 Stiftung Zivilhospital Altenzentrum Oppenheim www.altenzentrum-oppenheim.de	<b>QM Nr.</b>
---	---	--	-------------------

Aufnahme-Antrag für: \_\_\_\_\_

11. **Krankenkasse** \_\_\_\_\_

    Anschrift \_\_\_\_\_

    Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

12. **Hausarzt-Name** \_\_\_\_\_

    Anschrift \_\_\_\_\_

    Telefon \_\_\_\_\_

13. Bei vollstationärer Aufnahme erfolgt die An-/Ummeldung bei der Verbandsgemeinde Rhein-Selz (Einwohnermeldeamt) automatisch. Bitte nachfolgend ankreuzen, falls nicht erwünscht.

Der bisherige Wohnsitz wird beibehalten!

14. Aus Gründen des Datenschutzes dürfen wir die Namen unserer Bewohnenden nicht mehr öffentlich darstellen. Das bedeutet Ihr Name wird nicht ohne Ihre Einwilligung auf der Bewohnertafel, an der Zimmertür und bei Ableben in einer Traueranzeige innerhalb unseres Hauses präsent sein. Sollten Sie dennoch mit der Darstellung Ihres Namens einverstanden sein müssen Sie dies, wie u.a. im Einzelnen bewilligen oder wenn gewünscht komplett ablehnen.

Ich bin einverstanden, dass:

- mein Name auf der Übersicht-Bewohnertafel aufgeführt wird.
- mein Name an meiner Zimmer-/Wohnungstür geschrieben steht.
- eine Traueranzeige mit meinem Namen, im Falle meines Ablebens im Altenzentrum Oppenheim aufgestellt wird.

Ich bin **nicht** einverstanden, dass mein Name auf der Bewohnertafel, an der Zimmertür oder auf der Traueranzeige veröffentlicht wird.

16. **Hinweise, Bemerkung** \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**      vorhanden       ja       nein

**Vorsorgevollmacht**      vorhanden       ja       nein

**Bestattungsvorsorge**      getroffen       ja       nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ihres/seines Vertreters