



Haus Weitblick  
Darmsheimer Steige 1  
71134 Aidlingen  
Telefon: 07032 206 2800  
Telefax: 07032 206 2899  
Email: s.strassguetl@evdiak.de

## AUFNAHMEANTRAG

- vollstationär       Kurzzeitpflege  
 vorsorglich

Familienname: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Vorname (evtl. Titel): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Kreis: \_\_\_\_\_

wohhaft in: Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

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

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt lebend

Ansprechpartner:

1. Angehöriger: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Anruf Tag/Nacht, bei besonderen Ereignissen  ja  nein

2. Angehöriger: Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Weitere Kinder: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/01	QMB	26.10.2025	Vorstand	26.10.2025	WBA
QMH K 1.2 F021 Aufnahmeantrag	WBA				Seite 1 von 4

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

Straße \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_ Telefon. \_\_\_\_\_

Einstufung in einen Pflegegrad:  ja  nein wenn ja, in welchem? \_\_\_\_\_

Einstufung beantragt:  ja  nein wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Art der Versicherung:  Krankenversicherung der Rentner  Privatversicherung.

Wer trägt die Kosten für den Heimaufenthalt?  selbst  Sozialamt: \*

**\*Hinweis: Bei Kostendeckung durch Sozialamt ist der Heimeinzug erst nach schriftlicher Kostenübernahmezusage möglich! Reichen die eigenen Mittel zur Deckung der Heimkosten möglicherweise zukünftig nicht aus, sind Sie verpflichtet, frühestmöglich einen Antrag auf Sozialhilfe bei der zuständigen Stelle (in der Regel Landratsamt des letzten Wohnsitzes) zu stellen.**

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Bezug von Rente oder Ruhegehalt von: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Bezug von Beihilfe:  ja  nein wenn ja, von? \_\_\_\_\_

Bezug von Kriegsbeschädigten- oder Kriegshinterbliebenenrente:  ja  nein

wenn ja, vom Versorgungsamt in \_\_\_\_\_

Besteht bereits eine gesetzliche Betreuung:  ja  nein

oder Vollmacht:  ja  nein

wenn ja, Name und Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der örtliche Pfarrer darf über den Aufenthalt informiert werden  ja  nein

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/01	QMB	26.10.2025	Vorstand	26.10.2025	WBA
QMH K 1.2 F021 Aufnahmeantrag	WBA				Seite 2 von 4

## **Datenschutzrechtliche Informationen zur Verarbeitung der Daten des vorliegenden Aufnahmefragebogens gemäß §§6,11,13 und 17 DSG-EKD**

Mit ihrer Anfrage über unsere Versorgungsangebote im Bereich vollstationäre Pflege, sowie im Betreuten Wohnen, haben Sie uns beauftragt zu prüfen, ob wir Ihnen ein passendes Angebot machen können, was letztlich ggf. in einen Heimvertrag, oder Miet- und / oder Betreuungsvertrag münden kann.

Um diesem Auftrag gerecht zu werden zu können, benötigen wir Informationen, die im Anfragebogen aufgeführt werden.

Gemäß § 6 Nr. 5 DSG-EKD sind wir berechtigt, mit den von Ihnen gemachten Angaben umzugehen. Diese Angaben über Sie, über die von Ihnen rechtlich vertretene Person werden im Rahmen der Aufnahmeanfrage ausschließlich zum Zweck der Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet und gespeichert.

Unter Einhaltung möglicher gesetzlicher Aufbewahrungsfristen werden sie gelöscht, wenn Sie Ihre Aufnahmeanfrage zurückziehen.

Sobald wir in der Lage sind, Ihnen ein Angebot machen zu können, werden wir Ihnen einen Heimvertrag anbieten.

Mit der Unterzeichnung des Vertrages sind die vorvertraglichen Maßnahmen abgeschlossen, Ihre Daten werden in der Bewohnerakte gespeichert und dienen der Erfüllung aller Maßnahmen, die aus dem Vertrag hervor gehen.

Nach Beendigung des Vertrages werden Ihre Daten, unter Einhaltung gesetzlicher Aufbewahrungsfristen gelöscht.

Die Datenschutzerklärung der Evangelischen Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal finden Sie auf der Homepage

Sie haben das Recht, der Verwendung der Daten jederzeit zu widersprechen, wobei hierbei die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung nicht rückwirkend beseitigt wird. Sie sind weiter berechtigt, Auskunft der bei uns über Sie bzw. über die von Ihnen rechtlich vertretene Person gespeicherten Daten zu beantragen sowie bei Unrichtigkeit der Daten die Berichtigung oder bei unzulässiger Datenspeicherung die Löschung der Daten zu fordern.

Sie haben das Recht die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit und das Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung.

In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an unseren Datenschutzbeauftragten, welchen Sie auch auf der Homepage finden.

Sie haben auch das Recht sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren.

BfD EKD

Außenstelle Ulm; Hirschstr. 4; 89073 Ulm

Tel.: 0731140593-0

FAX: 0731140539-20

[sued@datenschutz.ekd.de](mailto:sued@datenschutz.ekd.de)

Träger aller Maßnahmen ist die Evangelische Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal e.V., Hildrizhauserstr. 29; 71083 Herrenberg, vertreten durch deren Vorstand

Da auch besondere Kategorien personenbezogener gemäß §4 Nr.2.DSG-EKD verarbeitet werden (hier insbesondere Gesundheitsdaten), bitten wir Sie an dieser Stelle in die Verarbeitung Ihrer Daten einzuwilligen.

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/01	QMB	26.10.2025	Vorstand	26.10.2025	WBA
QMH K 1.2 F021 Aufnahmeantrag	WBA				Seite 3 von 4

Die Unterzeichnung dieser Erklärung erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen. Da unsere Dienste jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen sind, würde eine Nichtunterzeichnung eine Bearbeitung Ihrer Anfrage ausschließen und / oder den Abschluss eines Heimvertrages, oder Miet- und Betreuungsvertrag unmöglich machen.

### **Einwilligungserklärung**

Ich habe die Informationen zur Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die Evangelische Diakonieschwesternschaft Herrenberg-Korntal im Rahmen des Aufnahmeverfahrens zur Kenntnis genommen und willige in das beschriebene Verfahren ein, insbesondere auch im Blick auf besondere Kategorien von Daten.

Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen und bin mir über die diesbezüglichen Folgen bewusst.

, den

---

---

Unterschrift Interessent/ in, rechtliche Vertretungsperson

DSP Version 4.0	Bearbeitung	Bearbeitungsdatum	Freigabe	Freigabedatum	Geltungsbereich
1/01	QMB	26.10.2025	Vorstand	26.10.2025	WBA
QMH K 1.2 F021 Aufnahmeantrag	WBA				Seite 4 von 4