

# Anmeldung zur Aufnahme in das Caritas-Hospiz ....

Anfrage durch:

Telefon:

## Pflichtangaben des Patienten/Gastes:

--	--

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_

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

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

zuzahlungsbefreit: ja  nein

Beihilfe: ja  nein

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Beihilfenr.: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

## Bezugsperson/Vollmacht:

\_\_\_\_\_

Adresse/Telefon: \_\_\_\_\_

## Freiwillige-Angaben:

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

Geb. in: \_\_\_\_\_

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_

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

Ist Patient\*in/ Gast über Institution Hospiz aufgeklärt? \_\_\_\_\_

Gewünschter Aufnahmetermin: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Besonderheiten:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RaucherIn:  ja  nein

Erstgespräch am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Der Interessent/Die Kontaktperson wird über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten und deren Nutzung zum Zwecke der Anmeldung, der Registrierung auf der Warteliste und des Einzugs in Kenntnis gesetzt. Die Weitergabe an Dritte (auch andere Einrichtungen des Caritasverbandes) erfolgt nur mit der ausdrücklichen Einwilligung. Die personenbezogenen Daten werden gelöscht, wenn es nicht zu einem Einzug kommt oder die erteilte Einwilligung zur Verarbeitung widerrufen wird. Der Interessent/Die Kontaktperson kann sich jederzeit über die zu der Person gespeicherten Daten informieren und hat gem. Katholisches Datenschutzgesetz (KDG) das Recht auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch, Beschwerde und der Übertragung der Daten an andere Stellen.

Besteht der Wunsch nach detaillierteren Informationen zum Datenschutz im Caritasverband für die Stadt Köln e.V. kann sich der Interessent/ die Kontaktperson an [datenschutzbeauftragter@caritas-koeln.de](mailto:datenschutzbeauftragter@caritas-koeln.de) wenden.