☐ **unverbindliche Anfrage/Reservierung**
Hier kontaktieren wir Sie jeweils bei einem freiwerdenden Platz und Sie entscheiden, ob Sie verbindlich reservieren möchten.

☐ **verbindliche Reservierung** – gewünschtes Aufnahmedatum: _____
☐ Aufnahme von zu Hause ☐ Aufnahme von Krankenhaus ☐ Heimwechsel
☐ Dauerpflege = bestanden bereits vollstationäre Heimverträge? ☐ja ☐nein
☐ Kurzzeitpflege: von: _____ bis: _____ Höhe Budget PK:_____

Angaben zum Bewohner/-in (Bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname(n) Bewohner/-in:	Name Bewohner/-in:
Adresse Bewohner/-in: Strasse: _____ Plz/Ort: _____ Telefon: _____ Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____	Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Krankenkasse: _____ Pflegegrad: ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt Wenn ja, bitte Pflegegrad-Bescheid in Kopie beifügen Pflegegrad:_____ seit:_____ Versicherungsnr.: _____ Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja ☐ nein Wenn ja, bitte eine Kopie des Befreiungsausweises beifügen
Familienstand: ☐ledig ☐verheiratet ☐verwitwet seit:	☐geschieden seit:

Gesetzliche Betreuung/ **Vollmacht:**☐ gesetzl. Betreuung ☐ beantragt am: _____ ☐ Vorsorgevollmacht ☐ Patientenverfügung Bitte entsprechende Unterlagen in Kopie beifügen	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail Betreuer/-in/ Bevollmächtigte: Name: _____ Bezug zum Bewohner/-in:_____ Straße: _____ Wohnort: _____ Telefon: _____ **E-Mail:**

Preisübersicht Haus Elisabeth stationäre Pflege **gültig ab 01.10.2026**

	Pflegebedingte Aufwendungen	Unterkunft	Verpflegung	Investitions-aufwendungen (bei Sozialhilfe-anspruch = 10,47 €)	Ausbildungsumlage-zuschlag 4,36 €+ Ausbildungszuschl. 0,49 €	Gesamt-heimentgelt pro Tag
PG1	74,16 €	20,34 €	13,56 €	15,12 €	4,85 €	128,03 €
PG2	90,47 €	20,34 €	13,56 €	15,12 €	4,85 €	144,34 €
PG3	107,37 €	20,34 €	13,56 €	15,12 €	4,85 €	161,24 €
PG4	124,99 €	20,34 €	13,56 €	15,12 €	4,85 €	178,86 €
PG5	132,91 €	20,34 €	13,56 €	15,12 €	4,85 €	186,78 €

Kostenrechnung vollstationär bei 30,42 Tagen **(Selbstzahler)** **ab 01.10.2026 - 30.09.2027**

	Gesamtbetrag	Pflegekasse	Pflegekasse Leistungszuschlag - siehe Tabelle	**Eigenanteil**	**Eigenanteil** (abzgl. §43c SGB XI)
PG1	3.894,68 €	131,00 €	kein Anspruch	**3.763,68 €**	**3.763,68 €**
PG2	4.390,83 €	805,00 €	§ 43c SGB XI	**3.585,83 €**	**§ 43c SGB XI**
PG3	4.904,93 €	1.319,00 €	§ 43c SGB XI	**3.585,93 €**	**§ 43c SGB XI**
PG4	5.440,93 €	1.855,00 €	§ 43c SGB XI	**3.585,93 €**	**§ 43c SGB XI**
PG5	5.681,85 €	2.096,00 €	§ 43c SGB XI	**3.585,85 €**	**§ 43c SGB XI**

Leistungszuschlag Pflegekasse § 43c SGB XI = bei PG2 - PG5 vollstationär

Nachkommastellen sind gerundet

im 1. Jahr = 15%	314,20 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
im 2. Jahr = 30%	628,40 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
im 3. Jahr = 50%	1.047,35 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
ab 4. Jahr = 75%	1.571,00 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag

Kostenrechnung Kurzzeit-/Verhinderungspflege ab 01.10.2026 - 30.09.2027

KZP bis zu 28 Tg. Anspruch/Jahr und VHP bis zu 28 Tg. Anspruch/Jahr

	Eigenanteil PG2 bis PG5 = Unterkunft+Verpflegung+ Investitionsaufwendungen		Pflegekasse pro Kurzzeitpflege	Pflegekasse pro Verhinderungspflege	PK-Anteil KZP ausgeschöpft an Tag:	PK-Anteil VHP ausgeschöpft an Tag:
PG1	keine Aufnahme möglich					
PG2	49,02 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	19	17
PG3	49,02 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	16	15
PG4	49,02 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	14	12
PG5	49,02 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	13	12

Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim Theresa entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und bei vollstationärer Pflege im Voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen. **Haus Elisabeth - Altbau**

Vorname:	Name:
Unterschrift Bewohner	**Unterschrift Bevollmächtigter/Betreuer**

Seniorenheim Theresa GmbH
Geschäftsführung: Andreas Wicklein
Hanauer Landstraße 71
63538 Großkrotzenburg

Telefon: (06186) 917412
Fax Verwaltung: (06186) 917444
info@seniorenheim-theresa.com
www.seniorenheim-theresa.com

Preisübersicht Haus Monika stationäre Pflege **gültig ab 01.10.2026**

	Pflegebedingte Aufwendungen	Unterkunft	Verpflegung	Investitions-aufwendungen (bei Sozialhilfe-anspruch = 10,47 €)	Ausbildungsumlage-zuschlag 4,36 €+ Ausbildungszuschl. 0,49 €	Gesamt-heimentgelt pro Tag
PG1	74,16 €	20,34 €	13,56 €	23,25 €	4,85 €	136,16 €
PG2	90,47 €	20,34 €	13,56 €	23,25 €	4,85 €	152,47 €
PG3	107,37 €	20,34 €	13,56 €	23,25 €	4,85 €	169,37 €
PG4	124,99 €	20,34 €	13,56 €	23,25 €	4,85 €	186,99 €
PG5	132,91 €	20,34 €	13,56 €	23,25 €	4,85 €	194,91 €

Kostenrechnung vollstationär bei 30,42 Tagen **(Selbstzahler)** **ab 01.10.2026 - 30.09.2027**

	Gesamtbetrag	Pflegekasse	Pflegekasse Leistungszuschlag - siehe Tabelle	**Eigenanteil**	**Eigenanteil** (abzgl. §43c SGB XI)
PG1	4.142,00 €	131,00 €	kein Anspruch	**4.011,00 €**	**4.011,00 €**
PG2	4.638,15 €	805,00 €	§ 43c SGB XI	**3.833,15 €**	**§ 43c SGB XI**
PG3	5.152,25 €	1.319,00 €	§ 43c SGB XI	**3.833,25 €**	**§ 43c SGB XI**
PG4	5.688,25 €	1.855,00 €	§ 43c SGB XI	**3.833,25 €**	**§ 43c SGB XI**
PG5	5.929,17 €	2.096,00 €	§ 43c SGB XI	**3.833,17 €**	**§ 43c SGB XI**

Leistungszuschlag Pflegekasse § 43c SGB XI = bei PG2 - PG5 vollstationär

Nachkommastellen sind gerundet

im 1. Jahr = 15%	314,20 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
im 2. Jahr = 30%	628,40 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
im 3. Jahr = 50%	1.047,35 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag
ab 4. Jahr = 75%	1.571,00 €	Eigenanteilreduzierung durch Leistungszuschlag

Kostenrechnung Kurzzeit-/Verhinderungspflege ab 01.10.2026 - 30.09.2027

KZP bis zu 28 Tg. Anspruch/Jahr und VHP bis zu 28 Tg. Anspruch/Jahr

	Eigenanteil PG2 - PG5 = Unterkunft+Verpflegung+ Investitionsaufwendungen		Pflegekasse pro Kurzzeitpflege	Pflegekasse pro Verhinderungspflege	PK-Anteil KZP erreicht an Tag:	PK-Anteil VHP erreicht an Tag:
PG1	keine Aufnahme möglich					
PG2	57,15 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	19	17
PG3	57,15 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	16	15
PG4	57,15 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	14	12
PG5	57,15 €	pro Tag	1.854,00 €	1.685,00 €	13	12

Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim Theresa entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und bei vollstationärer Pflege im Voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen. **Haus Monika - Neubau**

Vorname:	Name:
Unterschrift Bewohner	**Unterschrift Bevollmächtigter/Betreuer**

Seniorenheim Theresa GmbH
Geschäftsführung: Andreas Wicklein
Hanauer Landstraße 71
63538 Großkrotzenburg

Telefon: (06186) 917412
Fax Verwaltung: (06186) 917444
info@seniorenheim-theresa.com
www.seniorenheim-theresa.com

Zusätzliche Betreuungs- & Aktivierungsleistungen i.S.d. § 43b, 84 Abs. 8 SGB XI

Personen, die i.S.d. § 43b, 84 Abs. 8 SGB XI in diesen Personenkreis fallen, erhalten:
Kurzzeitpflege: pro Tag einen Pauschalbetrag von € 8,61,
Vollstationär: pro Monat einen Pauschalbetrag von € 261,84,
den der Heimträger direkt mit der Pflegekasse abrechnet.

Finanzierung der Heimkosten durch:

Das Barvermögen sowie Einkommen ist ausreichend, um die monatlichen Heimkosten zu finanzieren

☐ ja ☐ nein

Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch:

☐ Monatliches Einkommen (z.B. Rente) – bitte Nachweise in Kopie beifügen

☐ Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben)

☐ Leistungen des Sozialamtes beantragt am: _____

Bitte bedenken Sie, dass bei der Unterstützung durch den Sozialhilfeträger keine rückwirkende Zahlung möglich ist.

Sozialamt: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bitte Kostenübernahmebescheid in Kopie beifügen!

Beihilfeberechtigung: ☐ ja ☐ nein

Zukünftige Rechnungsanschrift:

Name: _____
Strasse: _____
Plz/Ort: _____
E-Mail:

Besteht eine private Haftpflichtversicherung: ☐ ja ☐ nein

Erforderliche Unterlagen - Erledigungen vorm bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:

Verwaltung:

- ☐ Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief
- ☐ Ärztliches Attest, dass keine meldepfl. Erkrankung i.S.d. IfSG §§ 6,7 vorliegt
- ☐ Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden)
- ☐ Versicherungskarte der Krankenkasse
- ☐ Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung
- ☐ Aktueller Rentenbescheid
- ☐ Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt
- ☐ Formular zur Rentenüberleitung
- ☐ Betreuerausweis
- ☐ Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht
- ☐ Personalausweis im Original/ Reisepass

Wohnbereich:

- ☐ Kleidung für ca. 7 Tage
- ☐ Rollstuhl/ Rollator
- ☐ Medikamente
- ☐ Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt
- ☐ Inkontinenzmaterial (bei Kurzzeitpflege mitbringen, bei vollstationär im Einzugsmonat)
- ☐ Biographiebogen (kann beim Betreuungspersonal angefordert werden)
- ☐ Herzschrittmacherausweis (sofern vorhanden)
- ☐ Impfausweis (bitte mitteilen, ob Auffrischungsimpfungen gewünscht sind)

Taschengeldkonto für Bewohner/-in

Taschengeldkonto für den Bewohner/-in gewünscht? ☐ ja ☐ nein
(für Nebenkosten – z.B.: Friseur, Fußpflege, Zuzahlungen, etc.)

Wäsche Bewohner/-in

Sollen die Wäschestücke gekennzeichnet werden? (private Bettwäsche bitte privat waschen)
☐ ja ☐ nein ☐ wird privat gewaschen

Inkontinenzmaterial bei Kurzzeitpflegen = muss mitgebracht werden

Besteht Inkontinenz? ☐ ja ☐ nein

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht zu haben.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller Betreuer/Bevollmächtigter

Hausarzt

Name:	Straße:
PLZ/ Ort:	Tel:

Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name:	Vorname:
Geb.:	

Bestehen **meldepflichtige Krankheiten** i.S.d. §§ 6,7 lt. SG (MRSA, TBC, AIDS, HIV oder Hepatitis Typ C) ☐ ja ☐ nein

Akute Virushepatitis	☐
Botulismus	☐
Cholera	☐
Clostridioides-difficile-Infektion	☐
Diphtherie	☐
Enteropathisches hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	☐
Virusbedingtes hämorrhagisches Fieber	☐
Masern	☐
Meningokokken-Meningitis oder Sepsis	☐
Milzbrand (Anthrax)	☐
Mpox (Affenpocken)	☐
Pest	☐
Poliomyelitis	☐
Röteln einschließlich Rötelnembryopathie Erkrankung	☐
Tollwut	☐
Typhus abdominalis / Paratyphus	☐
Windpocken (Varizellen)	☐
Keuchhusten (Pertussis)	☐
COVID-19	☐
Tuberkulose	☐
zoonotische Influenza	☐
anderweitige Erkrankung und zwar: _____	☐

Diagnosen

Aktuelle Medikation

Medikament/ Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten

Stimmungslage

Hautzustand

Dekubitus

☐ Ja	☐ Nein
Wenn Ja, wo?	

Ernährung

☐Normale Kost	☐passierte Kost	☐Sondenernährung
☐Sonstiges		

Ausscheidung

Harninkontinenz:	☐ja	☐nein	☐gelegentlich
Stuhlinkontinenz:	☐ja	☐nein	☐gelegentlich

Hilfsmittel

Hinweise/ Ergänzungen

Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

☐ja	☐nein

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Seniorenheim Theresa GmbH
Geschäftsführung: Andreas Wicklein
Hanauer Landstraße 71
63538 Großkrotzenburg

Telefon: (06186) 917412
Fax Verwaltung: (06186) 917444
info@seniorenheim-theresa.com
www.seniorenheim-theresa.com

INFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Bewohnerin/Angehörige/Betreuerin,
sehr geehrter Bewohner/Angehöriger/Betreuer,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unser Seniorenheim Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

1. VERANTWORTLICHKEIT FÜR DIE DATENVERARBEITUNG

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:	Geschäftsführung
	Herr Andreas Wicklein
Firma:	Seniorenheim Theresa GmbH
Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort):	Hanauer Landstr. 71,
	63538 Großkrotzenburg
Kontaktdaten (z.B. Telefon, E-Mail):	Tel.: 06186 / 917 412
	Fax: 06186/ 917 444
	E-Mail: info@seniorenheim-theresa.com

Sie erreichen die/den zuständige/n Datenschutzbeauftragte/n unter:

Name:	Ute Orf und Ramona Flues
Anschrift:	Hanauer Landstr. 71,
	63538 Großkrotzenburg
Kontaktdaten:	Tel.: 06186 / 917 412

2. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Heimvertrag zwischen Ihnen und dem Seniorenheim und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, wie z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer und zuständige Pflegekasse, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge und Befunde. Diesbezüglich benötigen wir von ihren Ärzten oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten, die uns zur Verfügung gestellt werden (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung Ihrer persönlichen Daten inklusive Gesundheitsdaten sind Voraussetzung für Ihre Aufnahme im Seniorenheim. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Aufnahme nicht erfolgen.

3. EMPFÄNGER IHRER DATEN

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechtigte Empfänger.

4. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 5 Jahre nach Abschluss der Pflege aufzubewahren lt. § 13 HeimG.

5. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Name:	Das Hessische Datenschutzamt
	Datenschutzbeauftragter: Prof. Dr. Alexander Roßnagel
Anschrift:	Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden

6. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ihr Seniorenheim Theresa GmbH

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

Bewohner/-in: _____

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift

Auskunftserteilung

Die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) regelt ganz strikt, welcher Person wir welche personenbezogenen Daten weitergeben dürfen bzw. welche Person dazu berechtigt ist (Vollmacht/Betreuerausweis), Informationen von uns zu erhalten.
Bitte erteilen Sie uns eine Einwilligungserklärung, wenn der auskunftsberechtigte Personenkreis erweitert werden soll.

Bewohner/in/geboren am: _____

Personen, die weiterhin auskunftsberechtigt sein sollen (im Folgenden benannt):

1. **Name:**_____**geb.:**_____
   Bezug zum Bewohner/in _____**Telefon:** _____
   Anschrift: _____
2. **Name:** _____**geb.**_____
   Bezug zum Bewohner/in _____**Telefon:** _____
   Anschrift: _____
3. **Name:** _____**geb.**_____
   Bezug zum Bewohner/in _____**Telefon:** _____
   Anschrift: _____
4. **Name:** _____**geb.**_____
   Bezug zum Bewohner/in _____**Telefon:** _____
   Anschrift: _____

Aus **Identifikationsgründen** rufen wir bei diesem ausgewählten Personenkreis gerne zurück, um die gewünschte Auskunft zu erteilen.
Zur weiteren **Identifikation** benötigen wir bei Rückruf die Angaben des **Geburtsdatums der auskunftsberechtigten Person/des Bewohners**.
Ich bin damit einverstanden, dass die auskunftsberechtigte Person folgende Auskünfte bezüglich meiner personenbezogenen Daten erhält:

- Auskünfte ohne Einschränkung ☐
- Alle Auskünfte, außer _____

Wir bitten hier um Ihr Verständnis, denn wir handeln nur in Ihrem Sinne, wenn wir mit Ihren personenbezogenen Daten verantwortungsvoll lt. DSGVO umgehen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____

Einwilligungserklärung zur Erstellung, Nutzung und Veröffentlichung von
Personennamen/ Fotoaufnahmen nach dem Kunsturhebergesetz

zwischen

Seniorenheim Theresa GmbH, Hanauer Landstr.71, 63538 Großkrotzenburg
- vertreten durch den Geschäftsführer Herr Andreas Wicklein -

und Bewohner/-in

Gegenstand

Erwähnung des Personennamens
Fotografische Aufnahmen der/des Fotografierten

Verwendungszweck

- *Personalisierung von Hilfsmitteln (z.B. Rollstühle, Rollatoren, Bekleidung)*
- *Zimmertürschild – Namensnennung*
- *Bewohnerfoto für digitale Akte des Bewohners/ der Bewohnerin*
- *Fotos in Printform (Papierabzug, ggf. vergrößert und ggf. gerahmt) zur Veröffentlichung z.B. auf Fotocollagen auf den Fluren innerhalb des Seniorenheims (Faschingsveranstaltung, Sommerfest, Weihnachtsfeier, etc.)*
- *Veröffentlichung auf der monatlichen Geburtstagsliste (interne Info)*
- *Veröffentlichung des Namens im Falle der Ernennung zum Heimbeirat*
- *Veröffentlichung im Internet auf der Bildergalerie der Einrichtung unter* www.seniorenheim-theresa.com
- In Zeitungsartikeln (Printmedien) der regionalen und überregionalen Presse
- In Berichten auf Internetplattformen sozialer Netzwerke wie z.B. Facebook

(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Erklärung

Der Unterzeichner erklärt sein Einverständnis mit der (unentgeltlichen) Verwendung seines Namens/Fotos für die oben beschriebenen Zwecke. Eine Verwendung des Namens/Fotos für andere als die beschriebenen Zwecke oder ein Inverkehrbringen durch Überlassung an Dritte findet nicht statt.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Fotos bei der Veröffentlichung im Internet weltweit abrufbar sind. Eine Weiterverwendung dieser Fotos durch Dritte kann daher nicht generell ausgeschlossen werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Betroffene Person:

Name des Bewohners/-in: _____

Geburtsdatum: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____