

Name: _____ **Vorname:** _____ **Zi. Nr.** _____

Ich bin damit einverstanden das:

1. Ein Namensschild an meiner Zimmertür angebracht wird
 Ja Nein
2. Daten die zu meiner Behandlung und/oder Versorgung erforderlich sind, an Ärzte, Apotheken, Sanitätshäuser und Therapeuten weitergegeben werden
 Ja Nein
3. Mein Geburtsdatum an die jeweilige Kirchengemeinde weitergegeben wird
 Ja Nein
4. Daten von mir im Bedarfsfall an die Hospizgruppe weitergegeben werden
 Ja Nein
5. Einzug, Auszug oder Versterben und mein Geburtstag in der Heimzeitung veröffentlicht werden (die Heimzeitung wird auch auf der Webseite unseres Hauses veröffentlicht)
 Ja Nein
6. Fotos von Veranstaltungen oder anderen Aktivitäten, auf denen ich abgebildet bin, ausgehängt und in der Heimzeitung, in Einzelfällen auch in Tageszeitungen veröffentlicht werden
 Ja Nein
7. Ggf. meine Telefonnummer an Anrufer weitergegeben wird
 Ja Nein
8. Mein Geburtsdatum an die Bewohnervertretung weitergegeben wird
 Ja Nein

Entsprechendes bitte ankreuzen.

Mudersbach, den _____

Unterschrift Bewohner/Bewohnerin oder Bevollmächtigter/Betreuer