

Heimeinzug

**Wichtige Unterlagen zum Ausfüllen,**

**vor dem Einzug**

**in eine Einrichtung der Altenpflege!**

**Alten- und Pflegeheim Müller GmbH**

Hünstollenstraße 19

37136 Ebergötzen OT Holzerode

Telefon:05507 / 836

Homepage: [www.altenheim-mueller.de](http://www.aph-mueller.de)

e-Mail : [altenheim-mueller@t-online.de](mailto:altenheim-mueller@t-online.de)

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufnahmebogen**  -Neuer Bewohner- |  |
| Seite 1 |
| Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kinder/Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Betreuer/ gesetzlich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Vertreter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefon/ Internet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Aufnahmetag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Befristet bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pflegegrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Barbetrag: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Selbstzahler: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sozialhilfe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Kostenträger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Unterbringungswunsch:**  O Einzelzimmer O Doppelzimmer  O Vollstationäre Pflege O Kurzzeitpflege  Voraussichtlicher Einzugstermin: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Besonderheiten:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufnahmebogen**  -Neuer Bewohner- |  |
| Seite 2 |

|  |
| --- |
| **Hauptwohnsitz:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  PLZ, Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Hausarzt:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Krankenkasse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Einzugsermächtigung**  Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften (Falls nicht erwünscht, bitte streichen).  Hiermit ermächtige ich das Alten- und Pflegeheim Müller GmbH widerruflich, die fälligen Zahlungen von folgendem Konto einzuziehen. Ein SEPA-Lastschriftmandat muss zusätzlich erteilt werden.  Kontoinhaber: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  IBAN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Bankinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Erklärung: Die an mich adressierte Heimkostenabrechnung sollen den vorgenannten Personen zugesandt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dorthin Mitteilungen gemacht werden über den Stand des Barbetragskontos sowie über ausstehende oder überbezahlte Heimkosten.**  Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aufnahmebogen**  -Neuer Bewohner- |  |
| Seite 3 |
| **Einstufung durch die Pflegekasse:**  Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankassen (MDK) bereits durchgeführt?  O Ja O Nein | |
| **Kostenübernahme durch die Sozialhilfe:**  Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt? O Ja O Nein  Liegt eine schriftliche Kostenbewilligung vor? O Ja O Nein Aktenzeichen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **1. Angehöriger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **2. Angehöriger: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | |
| Anmeldung erfolgt durch: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Anmerkungen: | |
| Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Biographiebogen** |  |
| Seite 1 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kinder/Anzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **Kindheit:** | | |
| Gab/ gibt es Geschwister? Anzahl! |  | |
| Stellung in der Geschwisterreihe? |  | |
| Welche Lebensumstände waren gegeben? |  | |
| Gab es Geschwister zu versorgen? |  | |
| Vorlieben als Kind? |  | |
| Essen, Trinken, Naschen? |  | |
| Musik, Hobbys? |  | |
| Pflichten allgemein? |  | |
| Angenehme Erinnerungen? |  | |
| Unangenehme Erinnerungen? |  | |
| Religiöse Anbindungen? |  | |
| Leben die Geschwister noch? |  | |
| **Jugend:** |  | |
| Berufswahl/ freie Entscheidung? |  | |
| Freiheiten allgemein? |  | |
| Aufgaben/ Pflichten? |  | |
| Interessen allgemein ? |  | |
| **Biographiebogen** |  |  | |
| Seite 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erwachsenenalter:** | |
| Welche Aufgaben/ Tätigkeiten wurden ausgeübt? |  |
| Freude an der beruflichenTätigkeit? |  |
| Heirat/ Lebensgemeinschaften? |  |
| Welches waren die schönsten Zeiten? |  |
| Welches waren die schwierigsten Zeiten? |  |
| Wer war die Bezugsperson? |  |
| Freizeit/ Hobbys? |  |
| Heutige Interessen? |  |
| Politik/ Sport/ Soziales/ Glauben ? |  |
| Besonderheiten in der jetzigen Lebenssituation? |  |
| Datum: | Unterschrift: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Fragebogen**  Vor Aufnahme ins Alten- und Pflegeheim bitte ausfüllen! | | | |  | | |
| Seite 1 | | | |
| Name, Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wohnort/ PLZ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Angehörige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Letzter Krankenhausaufenthalt ? : | | | | | | |
| Tätigkeit | Nein | Selten | Häufig | | Dauernd |
| Gehen |  |  |  | |  |
| Treppe steigen |  |  |  | |  |
| Essen |  |  |  | |  |
| Waschen |  |  |  | |  |
| Ankleiden |  |  |  | |  |
| Frisieren |  |  |  | |  |
| Aufstehen aus dem Bett! |  |  |  | |  |
| Toilettengänge |  |  |  | |  |

Ist der/ die Patient/ in

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tätigkeit | Nein | Selten | Häufig | Dauernd |
| Zeitlich orientiert |  |  |  |  |
| Örtlich orientiert |  |  |  |  |
| Persönlich orientiert |  |  |  |  |
| Situativ orientiert |  |  |  |  |
| Weglaufgefährdet |  |  |  |  |
| Nachts unruhig |  |  |  |  |
| Schlafstörungen |  |  |  |  |
| Bettlägerig |  |  |  |  |
| Stuhlinkontinent |  |  |  |  |
| Harninkontinent |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Fragebogen**  Vor Aufnahme ins Alten- und Pflegeheim bitte ausfüllen! | |  |
| Seite 2 | |
| Besteht ein Hautdefekt (Dekubitus, etc.)?  Wo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Seit wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hautturgor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Infektionen?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Besonderheiten: | | |
| Allergien: | | |
| Besteht eine körperliche Behinderung? | | |
| Bestehen ansteckende Krankheiten?  (wenn ja, welche, Infektiosität, Meldepflicht, MRSA,ORSA, Resistenzen, TBC, etc.) | | |
| Liegen psychische Störungen vor? | | |
| Wie ist die Gemütsstimmung/ seelische Verfassung? | | |
| Besteht eine Suchtkrankheit? | | |
| **Diagnosen:** | | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ärztlicher Fragebogen**  Vor Aufnahme ins Alten- und Pflegeheim bitte ausfüllen! |  |
| Seite 3 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medikamentenplan** | | | | |
| Medikamentenname | Morgens | Mittags | Abends | Nachts |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Spezielle Hinweise:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/ des Patienten/ in

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin; Stempel

Anmerkung zum Datenschutz:

Alle Angaben unterliegen dem Datenschutz und dienen ausschließlich befugten Personen dazu, in Kenntnis der Umstände

der/ des zu Pflegenden eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten. Auf die Geheimhaltungspflicht wurden die Mitarbeiter der Einrichtung eindrücklich hingewiesen.

IFSG

Infektionsschutzgesetz

§ 36 Einhaltung der Infektionshygiene Abs.4

Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des [§ 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes](http://www.bundesrecht24.de/cgi-bin/lexsoft/bundesrecht24.cgi?sessionID=1816611523712338185&source=link&highlighting=off&xid=139707,2#jurabs_1) oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Hiermit wird bescheinigt, dass bei

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Wohnhaft in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

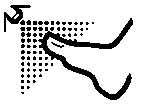
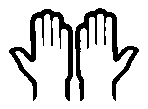
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort Datum

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes Stempel der Praxis oder des KH

**Fuß- und Nagelpflege**

** **

Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass die einfache Fuß- und Nagelpflege laut Rahmenvertrag gem. § 75 SGB XI von der Einrichtung (Pflegepersonal) durchzuführen ist, dass sie zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehört.

Da ich jedoch weiterhin möchte, dass die Fuß- und Nagelpflege durch eine professionell ausgebildete medizinische Fußpflegekraft ausgeführt wird, erteile ich dem Alten- und Pflegeheim Müller, den Auftrag für

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In Abständen von ca. 6 Wochen und je nach Bedarf eine ausgebildete medizinische Fußpflegekraft zu bestellen, um bei der oben genannten Person die Fuß- und Nagelpflege durchzuführen.

Die Kosten der Fuß- und Nagelpflege stellen Sie mir bitte in Rechnung!

Ort: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift: Bewohner bzw. gesetzlicher Vertreter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wichtige und nützliche Dinge für den Heimeinzug** | |  |
|  | |
| Anbei haben wir Ihnen verschiedene Dinge aufgelistet, die Sie  bitte bei einen Heimeinzug mitbringen sollten!  Die unten aufgeführten Dinge sollen Ihnen helfen, bei einem Heimeinzug die wichtigsten Dinge für Ihre Angehörigen mitzubringen. Unsere Liste ist eine Hilfestellung, die auf Erfahrungswerten beruht!  Wir hoffen Ihnen eine gute Hilfestellung geben zu können! | | |
| ***Unterlagen, Ausweise u. Nachweise*** | **Persönliche Dinge** | |
| * Versicherungskarte | * Kulturtasche | |
| * Nachweis der Pflegestufe | * Reisetasche | |
| * Personalausweis | * Nagelset | |
| * Evtl . Schwerbehindertenausweis | * Kamm oder Bürste | |
| * Arztbriefe | * Zahnpflege (Becher, Bürste, Gebissdose, Zahncreme, etc.) | |
| * Vorsorgevollmacht (in Kopie) | * Handtücher | |
| * Patientenverfügung (Original) | * Waschlappen | |
| * Betreuerausweis (Kopie) | * Deo | |
| ***Bekleidungsempfehlung*** | * Spezielle Pflegeartikel (bei Bedarf) | |
| * **Unterwäsche**   (mindestens 8 Garnituren) | * Rasierapparat | |
| * **Oberbekleidung**   (Bitte wählen Sie Kleidung aus die für Ihren Angehörigen angenehm zu tragen ist und leicht zu reinigen ist/ waschbar von 30 – 90 Grad ) | ***Möbel und Einrichtungsgegenstände*** | |
| * **Nachtbekleidung**   ( Auch hierbei bitte Nachtwäsche in der sich Ihr Angehöriger wohl fühlt) | * Sessel oder Lieblingsstuhl | |
| * **Socken bzw. Strumpfhosen**   ( Bitte achten Sie darauf, dass die richtige Größe ausgewählt wird, dass z.B. die Strümpfe nicht einschneiden etc.) | * **Fernseher**   Wenn möglich einen Apparat mit einer Diagonale von 37 – 55 cm. Damit eine eventl. Wandmontage erfolgen kann. Wichtig ist, dass der Apparat einen Skarteingang besitzt. | |
| ***Bettwäsche, Einziehdecken und Kopfkissen*** | * **Nachtischlampe**   Hier empfiehlt sich eine Klemmlampe oder ähnliches. | |
| * In unserer Einrichtung halten wir die oben genannten Dinge bereit, Sie können aber gerne die eigenen Einziehdecken und Kopfkissen Ihrer Angehörigen mitbringen, wir bitten Sie nur diese zu kennzeichnen! | * **Pflanzen**   Können auf der Fensterbank platziert werden. | |
| * Eine Wolldecke oder ähnliches können wir nur empfehlen. | * **Wanddekoration und Bilder**   Bitte bringen Sie für Ihre Angehörigen Bilder oder Wandschmuck mit, damit wir eine persönliche und gemütliche Atmosphäre schaffen können. Anbringung erfolgt natürlich von der Haustechnik. | |

©Markus Müller /Stand 02.2023

**Leistungszuschlag (Pflegeheim)**

***Stand:*** *03.11.2021*

Je nach Länge des Heimaufenthalts (Bezugsdauer vollstationärer Pflegeleistungen) übernimmt die Pflegekasse ab 1. Januar 2022 für Pflegebedürftige der [Pflegegrade 2 bis 5](https://www.vdek.com/presse/glossar_gesundheitswesen/pflegegrade.html) –

zusätzlich zum Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI – einen prozentualen Anteil vom Pflege-Eigenanteil (pflegebedingte Aufwendungen). Der Leistungszuschlag steigt stufenweise.

Bereits ab dem Heimeinzug wird ein Zuschlag in Höhe von 5 Prozent des pflegebedingten Eigenanteils gezahlt. Nach einer Bezugsdauer von 12 Monaten steigt der Zuschlag auf 25 Prozent. Nach insgesamt 24 Monaten beträgt der Zuschlag bereits 45 Prozent und schließlich nach 36 Monaten 70 Prozent.

Der Zuschlag gilt für die Pflegekosten (pflegebedingte Aufwendungen). Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten sind in voller Höhe durch die Pflegeheimbewohner zu tragen.

Siehe folgende Tabellen:

**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 Alten- und Pflegeheim 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

Herr Markus Müller

Alten- und Pflegeheim Müller GmbH

Hünstollenstraße 19

37136 Holzerode

Tel.: 05507 / 836

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

Herr Markus Müller

Alten- und Pflegeheim Müller GmbH

Hünstollenstraße 19

37136 Holzerode

Tel.: 05507 / 836

1. 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 Alten- und Pflegeheim.

Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine Aufnahme nicht erfolgen.

1. 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.

1. SPEICHERUNG IHRER DATEN

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Pflege erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 5 Jahre nach Abschluss der Pflege aufzubewahren lt. § 13 HeimG.

1. 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:

Barbara Thiel

Niedersächsische Datenschutzbeauftragte

Prinzenstraße 5

30159 Hannover

1. 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 Alten- und Pflegeheim Müller GmbH

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort/Datum Unterschrift