

unverbindliche Anfrage/Reservierung

Hier kontaktieren wir Sie jeweils bei einem freiwerdenden Platz und Sie entscheiden, ob Sie verbindlich reservieren möchten.

verbindliche Reservierung – gewünschtes Aufnahme datum: _____

Dauerpflege

Kurzzeitpflege: von: _____ bis: _____

Angaben zum Bewohner/-in

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

Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:

Name, Vorname	Verwandschaftsgrad?	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon/E-Mail

Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht:

<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> beantragt am: _____ <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung Bitte entsprechende Unterlagen in Kopie beifügen	Name, Anschrift, Telefon, E-Mail Betreuer/-in/ Bevollmächtigte:
--	--

Preisübersicht vollstationäre Pflege (Selbstzahler)

01.02.2019-31.07.2020

	Pflegebedingte Aufwendungen	Unterkunft	Verpflegung	Investitionsaufwendungen	Ausbildungszuschlag	Gesamtheimentgelt pro Tag
PG1	38,13 €	12,44 €	8,29 €	13,00 €	1,46 €	73,32 €
PG2	45,69 €	12,44 €	8,29 €	13,00 €	1,46 €	80,88 €
PG3	61,87 €	12,44 €	8,29 €	13,00 €	1,46 €	97,06 €
PG4	78,73 €	12,44 €	8,29 €	13,00 €	1,46 €	113,92 €
PG5	86,29 €	12,44 €	8,29 €	13,00 €	1,46 €	121,48 €

Preisübersicht vollstationäre Pflege (Sozialhilfeempfänger)

	Pflegebedingte Aufwendungen	Unterkunft	Verpflegung	Investitionsaufwendungen	Ausbildungszuschlag	Gesamtheimentgelt pro Tag
PG1	38,13 €	12,44 €	8,29 €	10,47 €	1,46 €	70,79 €
PG2	45,69 €	12,44 €	8,29 €	10,47 €	1,46 €	78,35 €
PG3	61,87 €	12,44 €	8,29 €	10,47 €	1,46 €	94,53 €
PG4	78,73 €	12,44 €	8,29 €	10,47 €	1,46 €	111,39 €
PG5	86,29 €	12,44 €	8,29 €	10,47 €	1,46 €	118,95 €

Kostenrechnung vollstationär bei 30,42 Tagen (Selbstzahler)

	Gesamtbetrag	abzüglich Pflegekasse	Eigenanteil
PG1	2.230,39 €	125,00 €	2.105,39 €
PG2	2.460,37 €	770,00 €	1.690,37 €
PG3	2.952,57 €	1.262,00 €	1.690,57 €
PG4	3.465,45 €	1.775,00 €	1.690,45 €
PG5	3.695,42 €	2.005,00 €	1.690,42 €

Kostenrechnung Kurzzeitpflege bei 28 Tagen (Abrechnung erfolgt taggenau)

	Gesamtbetrag	abzüglich Pflegekasse	Eigenanteil
PG1	2.052,96 €	- €	2.052,96 €
PG2	2.264,64 €	1.320,20 €	944,44 €
PG3	2.717,68 €	1.612,00 €	1.105,68 €
PG4	3.189,76 €	1.612,00 €	1.577,76 €
PG5	3.401,44 €	1.612,00 €	1.789,44 €

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.

Vorname:	Name:
 Unterschrift Bewohner	 Unterschrift Bevollmächtigter/Betreuer

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 € 4,08,

Vollstationär: pro Monat einen Pauschalbetrag von € 124,00,
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: _____

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 meldepf. 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
- Formular für Bankeinzug
- Betreuerausweis
- Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht
- Personalausweis im Original/ Reisepass

Wohnbereich:

- Kleidung für ca. 7 Tage
- Rollstuhl/ Rollator
- Medikamente
- Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt
- Inkontinenzmaterial (nur bei Kurzzeitpflege)
- Biographiebogen
- Herzschrittmacherausweis (sofern vorhanden)

Taschengeldkonto für Bewohner/-in

Taschengeldkonto für den Bewohner/-in gewünscht? ja nein

Wenn ja – bitte Bankverbindung bezüglich Überweisung bei der Verwaltung erfragen.

Wäsche Bewohner/-in

Sollen die Wäschestücke gekennzeichnet werden? (bei vollstationärer Pflege)

ja nein wird privat gewaschen

Inkontinenzmaterial bei Kurzzeitpflegen

Bestellung bei Hartmann (siehe Preisliste in der Verwaltung) wird mitgebracht

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

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller Betreuer/Bevollmächtigter

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.datum:** _____ **Tel.:** _____

2. **Name:** _____ **Geb.datum:** _____ **Tel.:** _____

3. **Name:** _____ **Geb.datum:** _____ **Tel.:** _____

4. **Name:** _____ **Geb.datum:** _____ **Tel.:** _____

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: _____

Hausarzt:



„Der Mensch im Mittelpunkt“

Theresa GmbH

Aufnahmeunterlagen, Stand: 01.02.2019

Name:	Straße:
PLZ/ Ort:	Tel:

Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

Name:	Vorname:
Geb.:	

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

<input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein
--	-------------------------------

Diagnosen

Aktuelle Medikation

Medikament/ Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkungen

Allergien/ Unverträglichkeiten

Stimmungslage

Hautzustand

Dekubitus

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, wo?	

Ernährung

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondenernährung
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ausscheidung

Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

Hilfsmittel

Hinweise/ Ergänzungen

Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

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/Einrichtungsleiterin Frau Freund
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
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 berechnigte 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. Michael Ronellenfitsch
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 Paragraph 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.

Ort/Datum

Unterschrift