



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

e-Mail : 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:

- Einzelzimmer Doppelzimmer
 Vollstationäre Pflege 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 Barbetragkontos 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?

Ja Nein

Kostenübernahme durch die Sozialhilfe:

Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt? Ja Nein

Liegt eine schriftliche Kostenbewilligung vor? Ja 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 beruflichen Tätigkeit?

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 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 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 einem 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
<ul style="list-style-type: none"> • Versicherungskarte 	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturtasche
<ul style="list-style-type: none"> • Nachweis der Pflegestufe 	<ul style="list-style-type: none"> • Reisetasche
<ul style="list-style-type: none"> • Personalausweis 	<ul style="list-style-type: none"> • Nagelset
<ul style="list-style-type: none"> • Evtl. Schwerbehindertenausweis 	<ul style="list-style-type: none"> • Kamm oder Bürste
<ul style="list-style-type: none"> • Arztbriefe 	<ul style="list-style-type: none"> • Zahnpflege (Becher, Bürste, Gebissdose, Zahncreme, etc.)
<ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgevollmacht (in Kopie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Handtücher
<ul style="list-style-type: none"> • Patientenverfügung (Original) 	<ul style="list-style-type: none"> • Waschlappen
<ul style="list-style-type: none"> • Betreuerausweis (Kopie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Deo
<p>Bekleidungsempfehlung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spezielle Pflegeartikel (bei Bedarf)
<ul style="list-style-type: none"> • Unterwäsche (mindestens 8 Garnituren) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rasierapparat
<ul style="list-style-type: none"> • Oberbekleidung (Bitte wählen Sie Kleidung aus die für Ihren Angehörigen angenehm zu tragen ist und leicht zu reinigen ist/ waschbar von 30 – 90 Grad) 	<p>Möbel und Einrichtungsgegenstände</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Nachtbekleidung (Auch hierbei bitte Nachtwäsche in der sich Ihr Angehöriger wohl fühlt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sessel oder Lieblingsstuhl
<ul style="list-style-type: none"> • Socken bzw. Strumpfhosen (Bitte achten Sie darauf, dass die richtige Größe ausgewählt wird, dass z.B. die Strümpfe nicht einschneiden etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
<p>Bettwäsche, Einziehdecken und Kopfkissen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nachtischlampe Hier empfiehlt sich eine Klemmlampe oder ähnliches.
<ul style="list-style-type: none"> • 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! 	<ul style="list-style-type: none"> • Pflanzen Können auf der Fensterbank platziert werden.
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Woldecke oder ähnliches können wir nur empfehlen. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

Heimentgelte/ Kostenzusammensetzung



Pflegesätze ab 01.10.2019 - für Selbstzahler

Pflegegrad	Pflegesatz pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten pro Tag	Tagessatz gesamt	Monatliche Heimkosten Tagessatz x 30,42
1	24,41	12,91	4,97	11,80	54,09	1645,42
2	31,30	12,91	4,97	11,80	60,98	1855,01
3	47,47	12,91	4,97	11,80	77,15	2346,90
4	64,33	12,91	4,97	11,80	94,02	2859,79
5	71,9	12,91	4,97	11,80	101,58	3090,06

Pflegegrad	Pflegesatz	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Monatsentgelt gesamt	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil Bewohner
1	742,55	392,72	151,19	358,96	1645,42	125,00	1520,42
2	952,15	392,72	151,19	358,96	1855,01	770,00	1085,01
3	1444,03	392,72	151,19	358,96	2346,90	1.262,00	1084,90
4	1956,92	392,72	151,19	358,96	2859,79	1.775,00	1084,79
5	2187,20	392,72	151,19	358,96	3090,07	2.005,00	1085,07

Pflegesätze ab 01.10.2019 - für Empfänger für Sozialleistungen

Pflegegrad	Pflegesatz pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investitionskosten pro Tag	Tagessatz gesamt	Monatliche Heimkosten Tagessatz x 30,42
1	24,41	12,91	4,97	9,75	52,04	1583,06
2	31,30	12,91	4,97	9,75	58,93	1792,65
3	47,47	12,91	4,97	9,75	75,10	2284,54
4	64,33	12,91	4,97	9,75	91,96	2797,42
5	71,9	12,91	4,97	9,75	99,53	3027,70

Pflegegrad	Pflegesatz	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Monatsentgelt gesamt	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil Bewohner
1	742,55	392,72	151,19	296,60	1583,06	125,00	1458,06
2	952,15	392,72	151,19	296,60	1792,65	770,00	1022,66
3	1444,03	392,72	151,19	296,60	2284,54	1.262,00	1022,54
4	1956,92	392,72	151,19	296,60	2797,42	1.775,00	1022,43
5	2187,20	392,72	151,19	296,60	3027,70	2.005,00	1022,71

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

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, Therapieansätze 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.

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 Pflege 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:

Barbara Thiel
Niedersächsische Datenschutzbeauftragte
Prinzenstraße 5
30159 Hannover

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 Alten- und Pflegeheim Müller GmbH

Bitte bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis.

Ort/Datum

Unterschrift