

Heimanmeldung

Anmeldeformulare zum Einzug



Rotes Kreuz Schwesternschaft Oranien e.V.

Haus der Altenpflege

DRK-Gesundheitszentrum

Schöne Aussicht 41
65193 Wiesbaden
Telefon: 0611 – 588 170
Fax: 0611 – 588 388

E-Mail: sozialdienst@haus-der-altenpflege.de
Homepage: www.haus-der-altenpflege.de

Checkliste

Bitte geben Sie vor der Heimaufnahme folgende Unterlagen **vollständig ausgefüllt** bei uns ab:

Formulare	Seite/n
<input type="checkbox"/> Heimanmeldung	3-6
<input type="checkbox"/> Zuständiger Hausarzt	
<input type="checkbox"/> Allgemeine und spezielle Angaben	8-9
<input type="checkbox"/> Pflegerischer Kurzbericht	10
<input type="checkbox"/> Ärztliche Stellungnahme	11
<input type="checkbox"/> Einwilligung zur Fotodokumentation	12
<input type="checkbox"/> Einwilligung Kooperation Fa. PROLIFE (bei PEG-Versorgung)	13
<input type="checkbox"/> Ggf. Cohen- Mansfield- Skala	14
<input type="checkbox"/> Zusatzleistungen	15
<input type="checkbox"/> Bescheinigung der Pflegekasse über Leistungen bei Langzeitpflege	
<input type="checkbox"/> Bescheinigung der Pflegekasse über Leistungen bei Kurzzeitpflege	
<input type="checkbox"/> Bescheinigung der Pflegekasse über Leistungen bei Verhinderungspflege	
<input type="checkbox"/> Telefonanmeldung	16
<input type="checkbox"/> Freistellung von Garantieansprüchen (Chemische Reinigung)	17
<input type="checkbox"/> Freistellung von Garantieansprüchen (bei Beschädigungen)	18
<input type="checkbox"/> Kopie des Betreuerausweises	
<input type="checkbox"/> Kopie(n) bestehender Vollmachten/Patientenverfügung	
<input type="checkbox"/> Ggf. Kopie des Antrags auf Kostenübernahme beim Amt für Soziales	
<input type="checkbox"/> Ggf. Kopie des Rentenbescheides (nur bei Antrag beim Amt für Soziales)	

Bitte bringen Sie bei der Heimaufnahme folgende Unterlagen mit:

<input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte im Original oder Behandlungsschein
<input type="checkbox"/> Krankenkassenkarte in diesem Quartal eingelesen?
<input type="checkbox"/> Ärztliche Stellungnahme (Bei Heimeinzug nicht älter als zwei Tage)
<input type="checkbox"/> Ausweis der Befreiung der Zuzahlungspflicht bei Arzneimitteln
<input type="checkbox"/> Ggf. Ausweis über Grad einer Behinderung
<input type="checkbox"/> Ggf. Prothesenausweis
<input type="checkbox"/> Personalausweis in Kopie oder
<input type="checkbox"/> Befreiung von der Mitführungspflicht eines Personalausweises

Bitte bei **vollstationärer Pflege** direkt nach der Heimaufnahme erledigen:

<input type="checkbox"/> Ummeldung Einwohnermeldeamt – Bescheinigung in der Verwaltung abgeben
<input type="checkbox"/> Ummeldung GEZ - Bescheinigung in der Verwaltung abgeben

S04 a Wir über uns

Gültig ab: 21.03.2018

Version: 4

Nächste Überarbeitung: 20.11.2018

Freigegeben durch Siehe Dokumentenmatrix

Heimanmeldung

Angaben zur Person:

Name:	Vorname:		
Staatsangehörigkeit:	Geburtsname:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
Konfession:	rk <input type="checkbox"/>	ev <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere:
Familienstand:	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>

Bisherige Anschrift:

Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Mobil:
Derzeitiger Aufenthalt: Zuhause <input type="checkbox"/> anderes Heim <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Angehörige/ Ansprechpartner:

Name:	Beziehung:
Straße:	Email:
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:
Name:	Beziehung:
Straße:	Email:
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:
Name:	Beziehung:
Strasse:	Email:
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:

Hausarzt:...übernimmt die Versorgung im Heim (Hausbesuche, etc.): ja nein

... übernimmt für die Kurzzeit-/ Verhinderungspflege die Medikamentenverordnung ja nein

Name:	Fachrichtung
Straße:	
PLZ:	Telefon:
Ort:	Fax:

Weitere behandelnde Ärzte:

• Name:	• übernimmt die Versorgung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Straße:	• Fachrichtung		
• PLZ:	• Telefon:		
• Ort:	• Fax:		
• Name:	• übernimmt die Versorgung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Straße:	• Fachrichtung		
• PLZ:	• Telefon:		
• Ort:	• Fax:		
• Name:	• übernimmt die Versorgung:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• Straße:	• Fachrichtung	•	
• PLZ:	• Telefon:	•	
• Ort:	• Fax:	•	

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse:
Krankenversicherungsnummer:
Befreiung von der Rezeptgebühr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja, Grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> nein, die Einstufung wurde beantragt am:
<input type="checkbox"/> Höherstufung /Widerspruch ist gestellt
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Kurzzeitpflege erfolgte am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege erfolgte am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme für KZP und VHP erfolgte am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Langzeitpflege erfolgte am:

Im Falle einer gesetzlichen Betreuung auszufüllen: (Bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Name:	
Straße:	Aktenzeichen:
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Fax:
Wirkungskreise:	
<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung
<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Institutionen, etc.	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
<input type="checkbox"/> Postvollmacht	<input type="checkbox"/> Zeitliche Befristung bis:

Vollmachten, die eine Betreuung ersetzen: (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	vom:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	vom:
<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	vom:
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	vom:

Rechnungsadresse:

Name :	
Straße:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Wohnort:	Fax

Ich habe einen Antrag auf Kostenübernahme beim Amt für Soziales gestellt

Zuständige Behörde:	
Name des Sachbearbeiters:	
Straße:	
PLZ:	Telefon:
Ort:	Fax:
Antrag wurde genehmigt am:	Aktenzeichen:
<i>Information: Der Antrag beim Sozialamt <u>muss vor</u> der Aufnahme in unser Haus erfolgen, da die Kosten der Heimunterbringung erst ab der Antragstellung durch die Sozialämter übernommen werden! Der Antrag muss in Kopie bei der Heimaufnahme vorgelegt werden.</i>	

Existenzielle Fragen

Ansprechpartner für die Organisation der Bestattung im Falle des Ablebens:	
Name:	
Straße:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Ort:	Fax:

Es besteht nachstehender Bestattungswunsch:

<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Die Kosten der Bestattung werden getragen von ...

<input type="checkbox"/> Private Vorsorge (z.B. angesparte Rücklagen)
<input type="checkbox"/> Sterbegeldversicherung
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge
<input type="checkbox"/> Folgendes Bestattungsunternehmen wurde beauftragt:
Name/ Firma:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefonnummer:

Bei Einzug sind folgende Unterlagen mitzubringen:

<input type="checkbox"/>	Kopie des Personalausweises, oder Bescheinigung: Befreiung von der Mitführungspflicht eines Ausweises
<input type="checkbox"/>	Versichertenkarte der Krankenkasse (Original) bzw. Behandlungsschein der KV
<input type="checkbox"/>	Kopie des Ausweises: "Befreiung von der Zuzahlungspflicht der Krankenkassen"
<input type="checkbox"/>	Kopie des Betreuerausweises (wenn eine gesetzliche Betreuung vorliegt)
<input type="checkbox"/>	Kopie vorliegender Vollmachten / Patientenverfügung
<input type="checkbox"/>	Ggf. Kopie des Antrags auf Kostenübernahme beim Amt für Soziales
<input type="checkbox"/>	Ggf. Kopie des Rentenbescheides
<input type="checkbox"/>	Formular „Allgemeine und spezielle Angaben“
<input type="checkbox"/>	Formular „Pflegerischer Kurzbericht“
<input type="checkbox"/>	Formular „Ärztliche Stellungnahme“
<input type="checkbox"/>	Formular „Cohen-Mansfield-Skala“ (bei Aufnahme in die Wohngemeinschaft Demenz)

Bitte denken Sie an:

<input type="checkbox"/>	Mitteilung der geänderten Anschrift an die Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Mitteilung der geänderten Anschrift an die GEZ, sofern Sie Radio oder Fernsehgeräte mitbringen.

Mitgebrachte Hilfsmittel:

Art des Hilfsmittels (z.B. Rollator, Rollstuhl etc.)	Krankenkasse	Privatbesitz

Wir können Ihnen Kurzzeit-, Verhinderungs- und Langzeitpflege für das Haus der Altenpflege anbieten.

Die Mindestdauer für Kurzzeit-/ und Verhinderungspflege beträgt 14 Tage.

Im Bereich der Demenzversorgung steht das Angebot für Langzeitpflege zur Verfügung.

Grundsätzlich ist es in unserem Haus möglich die Kurzzeitpflege in eine Verhinderungspflege und/ oder eine anschließende Langzeitpflege zu verlängern.

Die Information, ob eine Verlängerung gewünscht wird, benötigen wir 14 Tage vor Vertragsende.

Ich möchte das Angebot der Kurzzeitpflege im Haus der Altenpflege			
<input type="checkbox"/>	vom	bis	wahrnehmen.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden für die Zeit vom		
	vom	bis	

Ich möchte das Angebot der Verhinderungspflege im Haus der Altenpflege			
<input type="checkbox"/>	vom	bis	wahrnehmen.
<input type="checkbox"/>	im Anschluss an die Kurzzeitpflege wahrnehmen.		
<input type="checkbox"/>	als Option vorbehalten, meine Entscheidung teile ich dem Sozialdienst spätestens 14 Tage vor Vertragsende mit.		
<input type="checkbox"/>	Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden für die Zeit vom:		
	vom	bis	

Ich möchte das Angebot der Langzeitpflege im Haus der Altenpflege			
<input type="checkbox"/>	ab _____		wahrnehmen.
<input type="checkbox"/>	im Anschluss an die Kurzzeitpflege wahrnehmen.		
<input type="checkbox"/>	im Anschluss an die Verhinderungspflege wahrnehmen.		
<input type="checkbox"/>	als Option vorbehalten, meine Entscheidung teile ich dem Sozialdienst spätestens 14 Tage vor Vertragsende mit.		
<input type="checkbox"/>	Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden.		
<input type="checkbox"/>	Ich möchte nur ein Einzelzimmer (Wartezeit ca. 6 Monate)		
<input type="checkbox"/>	Ich bin mit der Unterbringung in einem Doppelzimmer einverstanden.		

Ich möchte das Angebot der Langzeitpflege im Wohnbereich Demenz			
<input type="checkbox"/>	ab _____		wahrnehmen.
<input type="checkbox"/>	Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden.		
<input type="checkbox"/>	Ich möchte nur ein Einzelzimmer (Wartezeit ca. 6 Monate)		
<input type="checkbox"/>	Ich bin mit der Unterbringung in einem Doppelzimmer einverstanden.		

Ort/ Datum

Unterschrift

Allgemeine und spezielle Angaben

Kommunikation

Welche Bedürfnisse, Wünsche, Verhaltensweisen treffen zu?

<input type="checkbox"/> Kontaktfreudigkeit	<input type="checkbox"/> Zurückgezogenheit	<input type="checkbox"/> Verwirrung
<input type="checkbox"/> Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/> Interesselosigkeit	<input type="checkbox"/> Desorientierung
<input type="checkbox"/> Gesprächigkeit	<input type="checkbox"/> Wechselnde Stimmungslagen	<input type="checkbox"/> Angstzustände
<input type="checkbox"/> Aktivität	<input type="checkbox"/> Schwermütigkeit	<input type="checkbox"/> Ruhelosigkeit
<input type="checkbox"/> Nervosität	<input type="checkbox"/> Kaum Reaktion auf Ansprache	<input type="checkbox"/> Bewegungsbedürfnis
<input type="checkbox"/> Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung
<input type="checkbox"/> Impulsivität	<input type="checkbox"/> Passivität	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Bewegen, Gehen, Fortbewegen

Gehstörung, welche:

Gefähigkeit:

- | | | |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Unterstützung Begleitperson | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Selbständig |
| <input type="checkbox"/> Gehbock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Unterarmstützen |
| | | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |

Vitale Funktionen

Blutdruck

- normal zu niedrig zu hoch schwankend
- sonstiges

Puls

- normal zu langsam zu schnell arrhythmisch
- Herzschrittmacher Defibrillator
- sonstiges

Atmung

- normal
- Atemstörungen:

Medikamenteneinnahme

- selbst vorbereiten selbst einnehmen unter Aufsicht anreichen

Bei Einzug eine aktuelle Medikamenteneinnahmeverordnung des Hausarztes mitbringen!

Ihr Platz zum Leben

Ernährung

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> Schonkost	<input type="checkbox"/> Vollwerternährung	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
<input type="checkbox"/> Diät:			
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten:			
<input type="checkbox"/> Schluckstörungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Ruhen und Schlafen

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Derzeit Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dauerhaft Bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:		
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung
Schutzmaßnahmen (Bettgitter, Fixierungen, o.ä.) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Mit Einwilligung des Betroffenen		
<input type="checkbox"/> Mit richterlicher Verfügung		

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Pflegerischer Kurzbericht

Körperpflege	Beaufsichtigung	Anleitung	teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Wie oft täglich
1. Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
2. Duschen/ Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
3. Zahn-/ Gebiss-/ Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
4. Frisieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
5. Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
6. Blasen-/ Darmentleerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
7. Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/>	zeitweise	<input type="checkbox"/>	dauernd	()
8. Darminkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
9. Dauerkatheterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
9a Letzter Katheterwechsel:	_____				
10 Anus-präter Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
Ernährung	Beaufsichtigung	Anleitung	teilweise Übernahme	Vollständige Übernahme	Wie oft täglich
11 Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
12 Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
13 Sondennahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
Mobilität					
14 An-/ auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
15 Aufstehen/ zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
16 Gehen (i.V. mit genannten Verrichtungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
17 Transfer (z.B. Bett/ Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()
18 Lagern (z.B. regelmäßiges Umlagern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	()

Bei Versorgung durch eine andere stationäre Einrichtung oder einen ambulanten Pflegedienst muss ein individueller Pflegerbericht, aus dem die notwendige pflegerische Versorgung hervorgeht, mitgegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Name des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

Ärztliche Stellungnahme

(Bescheinigung darf bei Heimeinzug nicht älter sein als zwei Tage)

Medizinische Diagnosen, Behinderungen/ Funktionsausfälle (Entlassungsdiagnosen)

_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____
_____	ICD-10	_____

Datum der letzten Röntgen Thorax Untersuchung: _____

Befund: _____

- MRSA- Infektion: ja nein
- 3 MRGN- Infektion: ja nein
- 4 MRGN- Infektion: ja nein
- Sonstige Infektionen: nein wenn ja, welche:

Es wird bestätigt, dass bei dem/ der o.g. Patient/ -in keine ansteckungsfähigen Erkrankungen vorliegen. ja nein

Es liegt eine erhebliche Pflegebedürftigkeit vor: ja nein
(Für mindestens 6 Monate)

Ort, Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Bewohner/in: _____

Einwilligungserklärung zur Fotodokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass von mir im Rahmen von geselligen Veranstaltungen jeder Art, bzw. anderen Veranstaltungen in/ an der Einrichtung, Fotos gemacht werden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass diese Veranstaltungsfotos auf der Internetseite der Rotes Kreuz Schwesternschaft Oranien veröffentlicht werden. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass eine Portraitaufnahme von mir neben meine Zimmertür gehängt wird. ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass Fotografien für eine möglicherweise notwendige Wunddokumentation erstellt werden dürfen. Die Fotografien für eine Wunddokumentation o.ä. dienen der ergänzenden pflegerischen und ärztlichen Versorgung, sowie als Beweismittel vor Gericht. ja nein

Dies beinhaltet auch andere pflegerische Notwendigkeiten (z.B. ein Suchfoto für die Polizei bei bestehenden Weglauftendenzen). ja nein

Ich genehmige die Verwendung anonymisierter Fotografien für pflegerische Fort- und Weiterbildungen. ja nein

Bei allen Fotografien sind meine Intimsphären zu wahren und der Datenschutz zu berücksichtigen.

Mir ist bewusst, dass ich diese Erklärung jederzeit vollständig oder in Teilen widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Einverständniserklärung Firma PROLIFE GmbH

Patient

Herr/Frau

Straße

PLZ/Ort

Tel

Krankenkasse

Prolife Homecare**Industriestraße 18****34260 Kaufungen****Betreff**

Erklärung des Patienten

....., geboren am

(Name/Vorname)

Angehöriger/ Betreuer

Herr/Frau

Straße

PLZ/ Ort

Tel

(Tag/Monat/Jahr)

Hiermit erkläre ich, dass ich in Bezug auf die verordneten Produkte durch die Mitarbeiter/In der PROLIFE homecare GmbH versorgt werden möchte.

PROLIFE verpflichtet sich, mich, meine Angehörigen bzw das für mich zuständige Pflegepersonal in die Anwendung der entsprechenden Produkte einzuweisen, sofern dies nicht bereits erfolgt ist. Zur Einweisung in das Produkt gehört auch der Hinweis auf Risiken im Zusammenhang mit einer unsachgemäßen Nutzung. Ferner gehört dazu die Bereitstellung einer Gebrauchsanweisung. **Ich erkläre hiermit, dass ich (meine Angehörigen oder das für mich zuständige Pflegepersonal) in die Produkte eingewiesen wurde und eine Gebrauchsanweisung erhalten habe.**

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patient, Angehörige oder gesetzliche Vertreter

Zur Erreichung einer reibungslosen Abwicklung der Versorgung fordert PROLIFE das notwendige Rezept für mich kostenfrei per FAX oder Brief an. PROLIFE homecare klärt für mich die Kostenübernahme mit meiner Krankenkasse.

Im Fall der Versorgung einer chronischen Wunde erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Wunde/n zu rein medizinischen Zwecken EDV-gestützt erfasst und zur Vereinfachung der Beurteilung fotografiert wird/werden.

Im Fall der Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung bzw. der Betreuung durch einen Pflegedienst bin ich damit einverstanden, dass das zuständige Pflegepersonal die für mich medizinisch notwendigen Hilfsmittel entgegennimmt.

Die benötigten Hilfsmittel dürfen ausschließlich von PROLIFE homecare GmbH bzw. über die Mitarbeiter der PROLIFE homecare GmbH bezogen werden. Die im Zusammenhang mit der Versorgung gelieferten Hilfsmittel, die nicht zum Verbrauch bestimmt sind (bspw. Pumpen bei enteraler Ernährung, Absauggeräte, Vernebler, Sprechhilfen bei Tracheostoma/Larygektomie) verbleiben im Eigentum der PROLIFE homecare GmbH und werden ausschließlich durch die PROLIFE homecare GmbH bzw. beauftragte Dienstleister gewartet.

Ein Wechsel zu einem anderen Leistungserbringer kann nur jeweils nach Ablauf des zuletzt genehmigten Versorgungszeitraums erfolgen.

Mit der Unterzeichnung der Erklärung verpflichte ich mich, die ärztliche Verordnung nicht an andere Leistungserbringer weiterzugeben. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Doppelversorgung die entstehenden Mehrkosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden, sondern von mir selbst zu tragen sind. Gleiches gilt, sofern die Krankenkasse des Versicherten die geleisteten Versorgungsleistungen nicht genehmigt.

Gesetzliche Krankenkassen verpflichten ihre Versicherten zu einer gesetzlichen Zuzahlung / Eigenanteil. Mir ist bekannt, dass die gesetzliche Zuzahlung nur bei Vorlage eines aktuellen Befreiungsausweises entfällt.

Ich bin über die Erstattung der Versorgung und durch meine Krankenkasse aufgeklärt worden. Mir ist eine aufzahlungsfreie Versorgung angeboten worden. Für den Fall, dass ich mich für andere Hilfsmittel entscheide, bin ich mit einer wirtschaftlichen Aufzahlung einverstanden.

Ich kann eine Übermittlung meiner Daten verweigern und eine bestehende Einwilligung zu jeder Zeit und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient, angehörige oder gesetzliche Vertreter

Datenschutz nach Artikel 13 DSGVO

Wir informieren Sie nach Artikel 13 der EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gerne und ausführlich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (nachfolgend nur noch „Daten“ genannt). Durch die DSGVO sind uns einige sinnvolle Pflichten auferlegt, um den Schutz Ihrer Daten bei der Verarbeitung sicherzustellen. Diese Pflichten erfüllen wir gerne.

Nachfolgend erläutern wir, welche Daten wir von Ihnen zu welchen Zwecken verarbeiten und welche Rechte Sie diesbezüglich haben.

Zwecke der Verarbeitung / Kategorien von Empfängern

Die Verarbeitung Ihrer Daten sind zur Abwicklung der Vertragsleistungen notwendig.

Wir verarbeiten Ihre Daten zu folgenden Zwecken:

- nach Artikel 6 Abs. 1 b) der DSGVO auf der Basis des mit Ihnen geschlossenen Vertrages:
- nach Artikel 6 Abs. 1 f) der DSGVO zur Wahrung unserer berechtigten Interessen.
- nach Artikel 6 Abs. 1 a) der DSGVO auf der Basis der von Ihnen gegebenen Einwilligung
- Zur Erfüllung vertraglicher Verpflichtungen mit ihrer Krankenkasse
- Erfüllung von Vertragsleistungen
- Zahlungsabwicklung
- Lieferung vertraglich bestellter Produkte und Leistungen
- Übermittlung Ihrer Adressdaten an Logistik-Unternehmen für die Lieferung der Waren
- Übermittlung der Abrechnungsdaten an ein Abrechnungszentrum und Weiterleitung an den Kostenträger
- Übermittlung Ihrer Daten zu Krankenkassen / MDK
- Übermittlung von elektronischen Kostenvoranschlägen über Online-Portale auf Anforderung ihrer Krankenkasse
- Zusendung interessanter Informationen über Produkte und Aktionen

Dauer der Verarbeitung

Wir verarbeiten Ihre Daten nur so lange, wie es zur Erfüllung unseres Vertrages oder geltender Rechtsvorschriften sowie der Pflege unserer Beziehung zu Ihnen erforderlich ist.

Geschäftliche Unterlagen werden entsprechend den Vorgaben des Handelsgesetzbuches und der Abgabenordnung höchstens 6 und 10 Jahre lang aufbewahrt. Bewerbungsunterlagen bewahren wir zur Erfüllung des AGG und BGB sechs Monate auf.

Solange Sie nicht widersprechen, werden wir Ihre Daten zur Pflege und Intensivierung unserer vertrauensvollen Geschäftsbeziehungen zu beiderseitigem Vorteil nutzen.

Sollten Sie die Löschung Ihrer Daten wünschen, werden wir Ihre Daten unverzüglich löschen bzw. anonymisieren, soweit der Löschung nicht rechtliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen.

Ihre Rechte als betroffene Person

- Nach der DSGVO haben Sie das Recht auf:
- Auskunft über die Verarbeitung Ihrer Daten
- Berichtigung oder Löschung Ihrer Daten
- Einschränkung der Verarbeitung (nur noch Speicherung möglich)
- Widerspruch gegen die Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit
- Widerruf Ihrer gegebenen Einwilligung mit Wirkung auf die Zukunft
- Beschwerde bei der Datenschutz-Aufsichtsbehörde. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist in ihrem Bundesland. Eine Liste der Aufsichtsbehörden finden Sie hier:
http://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html

Wir hoffen Ihnen mit diesen Informationen bei der Wahrnehmung Ihrer Rechte weiter geholfen zu haben. Falls Sie nähere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen wünschen, lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung oder fragen Sie bei Ihrer Aufsichtsbehörde nach.

Unser Datenschutzbeauftragter, Frau Dipl.-Ing. (FH) Sylvia Kramer, Kramer Datenschutz OHG, Richard-Wagner-Straße 11 in 01445 Radebeul unter der info@datenschutz-kramer.de steht Ihnen für Rückfragen bezüglich unseres Datenschutzes gerne zur Verfügung.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Patient, angehörige oder gesetzliche Vertreter

Ihr Platz zum Leben

Haus der Altenpflege
Schöne Aussicht 39 -41
65193 Wiesbaden



P75 Cohen-Mansfield Agitation Inventory
(CMAI) modifiziert

Für jedes Verhaltensmerkmal soll die Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten 2 Wochen angegeben werden.

Verhalten	Nie	Weniger als 1x pro Woche	1x oder 2x pro Woche	Mehrmals wöchentlich	1x oder 2x täglich	Mehrmals täglich	Mehrmals in der Stunde	Kennzeichen
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	
Schlagen (auch selbst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anfassen anderer (mit schmutzigen Hd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stoßen (mit Gefahr von Stürzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Werfen mit harten Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beißen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kratzen / Kneifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bespucken (anderer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sich selbst verletzen (heiße Getränke usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zerreißen v. Kleidung. oder Zerstören des eigenen oder fremden Eigentums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Sexuelle körperliche Annäherungsversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Eindringen in fremde Räume/Liegen in fremden Betten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inadäquates (Anziehen) Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Gefährdung durch das Weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
„Absichtliches“ Fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen od. trinken ungeeigneter Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Nahrungsverweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Urinieren/Einknoten in den Wohnräumen. (nicht als Folge der Inkontinenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstecken/Verlegen und/oder Sammeln von Gegenständen (aus fremden Zimmern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausführen von Manierismen (Klopfen, Klatschen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Intensive Beweglichkeit, extrem aufdringlich oder störend, verbal nicht beeinflussbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Anhaltendes Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Abweichende Vokalisation (Fluchen, verbale Aggressivität, wiederholte Fragen oder Klagen, ungewöhnliche Geräuschproduktion wie Stöhnen oder, eigenartiges Lachen usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Gefährden anderer durch Fehlhandlungen (Zerren aus d. Bett durch d. Bettgitter etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*
Ständiges, nicht beeinflussbares suchen nach Zuwendung und Hilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*

Bei Verhaltensstörungen, die mit * gekennzeichnet sind, muss die Notwendigkeit einer besonderen Betreuung sehr ausführlich begründet werden (Beschreibung der Störung, Art der Gefährdung usw.)

Name des Patienten: _____

Name des Untersuchers: _____

Datum: _____ Beobachtungszeit von _____ bis _____, dabei _____ Std. Schlaf.

Zusatzleistungen

Name des Bewohners : _____

Wohnbereich/ Zimmer-Nummer: _____ / _____

Zusatzleistungen des Hauses der Altenpflege:

- Telefon
- Getränkeservice im Zimmer
- Leistungen des Hausmeisters

Zusatzleistungen Dritter im Haus der Altenpflege:

- Fußpflege
- Friseur

Zusatzleistungen Fa. Haber im Haus der Altenpflege:

- Ausbesserung der Kleidung
wenn nein → Freistellung von Garantieansprüchen
- Chemische Reinigung
wenn nein → Ablehnung der Kosten f. chemische Reinigung

Die Berechnung der Dienstleistungen erfolgt gemäß des Heimvertrages des Hauses der Altenpflege.

Die Berechnung der Sachleistungen (Pflegemittel und Getränkeservice, Fußpflege, Ausbesserung der Kleidung, Chemische Reinigung) erfolgt entsprechend der aushängenden und als Anhang beigefügten Preislisten.

Hiermit bestätige ich, dass ich oben angekreuzte Zusatzleistungen des Hauses der Altenpflege und/ oder Leistungen Dritter in Anspruch nehme.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift: _____

Hiermit bestätige ich, dass ich **keine der oben. genannten Zusatzleistungen** weder des Hauses der Altenpflege noch Leistungen Dritter in Anspruch nehmen möchte.

Wiesbaden, den _____ Unterschrift: _____

Ihr Platz zum Leben

Haus der Altenpflege
Schöne Aussicht 39 a
65193 Wiesbaden



Weiterleitung Post / A83

Bewohnername: _____

Geburtsdatum: _____

Name des Betreuers/des Bevollmächtigten:

Für die Weiterleitung der Post des oben genannten Bewohners wähle ich folgendes Verfahren:

- Kostenpflichtige Weiterleitung der Post
- Postabholung in der Verwaltung
- Post im Zimmer des Bewohners hinterlegen (nicht für WgD)

Grundsätzlich bin ich als Betreuer/Bevollmächtigter damit einverstanden, dass meine Kontaktdaten an den Postabsender weitergeleitet werden, damit mir die entsprechende Post zukünftig zugestellt wird.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Version: 1	Freigegeben durch: siehe Dokumentenmatrix
Gültig ab: 6.12.2018	
Nächste Überarbeitung: 06.12.2024	Seite: 18 von 1

Ihr Platz zum Leben

Haus der Altenpflege
Schöne Aussicht 41
65193 Wiesbaden



Telefonanmeldung/ V11

Name	Vorname	Wohnbereich	Zimmernummer

Ich beantrage, mir einen Telefonanschluss zur Verfügung zu stellen.
Mir ist bekannt, dass für die Einrichtung des Anschlusses einmalige Gebühren in Höhe von 16,00 € und eine monatliche Grundgebühr für den Anschluss von 9,66 € anfallen.

Die Abrechnung erfolgt monatlich über die Heimkostenabrechnung (zuzüglich MwSt.).

(Wenn technisch möglich)

Ich wünsche, dass mir vom Pflegeheim ein Telefon zur Verfügung gestellt wird

Die mir zugewiesene Telefonnummer lautet:

Bearbeitungsvermerke:

Anmeldung:

Name	Vorname	Wohnbereich	Zimmernummer

Telefonnummer	MAC:Adresse	Telefon SNOM 300	LinkSys

Erfasst Heimkostenabr.	Erfasst Telefonanlage	Telefon aufgestellt	Erfasst Doku

Bearbeitungsvermerke:

Abmeldung:

Erfasst Heimkostenabr.	Erfasst Telefonanlage	Telefon abgebaut	Erfasst Doku

Ort, Datum

Rechtsverbindliche Unterschrift

Version: 1 Gültig ab: 24.08.2012 Nächste Überarbeitung: 24.08.2024 Freigegeben: s. Dokumentenmatrix

Ablehnung der Kosten für chemische Reinigung

Sehr geehrtes Haber- Team,

ich verfüge über Textilien, die entsprechend der Pflegeanleitung des Wäscheetiketts chemisch gereinigt werden müssten.

Ich wünsche bei meinen Textilien ausdrücklich keine chemische Reinigung.

Ich bin darüber informiert, dass diese Kleidungsstücke von der Firma Haber aussortiert werden und unbehandelt zurück in das Bewohnerzimmer gehen.

Bewohner/in: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
Bewohner/-in, gesetzlicher Betreuer, Bevollmächtigter

Freistellung von Garantieansprüchen (bei Beschädigungen)

Sehr geehrtes Haber- Team,

einige meiner Textilien weisen Beschädigungen, Verfärbungen oder sonstige Defekte auf.

Bitte bearbeiten Sie meine Textilien trotz der vorhandenen Mängel.

Ich stelle die Firma Haber von eventuell daraus resultierenden Garantieansprüchen frei.

Bewohner/in: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
Bewohner/-in, gesetzlicher Betreuer, Bevollmächtigter