

	Kurzzeitpflege	Verhinderungspflege	Vollstationäre Pflege	ID-Nr.
<b>Aufnahme</b>				
<b>Entlassung</b>				

**Grau unterlegte Felder sind Pflichtfelder!!!**

## 1. Stammdaten Bewohner/in

*Name
*Vorname
*Straße
*PLZ / Ort
*wohnhaft seit:

*Geburtsdatum
*Geburtsort

Geburtsname
Staatsangehörigkeit <input type="checkbox"/> deutsch andere: .....

Familienstand
<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft
<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensp. aufgehoben

Religion: <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev
andere: .....

<b>*Kranken- / Pflegeversicherung</b>
---------------------------------------

KV-Nummer
<input type="checkbox"/> PKV

Pflegeeinstufung
<input type="checkbox"/> beantragt
Pflegestufe: ..... seit .....

*Beihilfeberechtigung
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

*Zuzahlungsbefreiung
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ausweis in Kopie für Verwaltungs- und Pflegeakte**

## 2. Bevollmächtigung / Betreuung

Name
Vorname
Straße
PLZ / Ort
Telefon
Telefon Mobil
Fax
e-Mail
Legitimation <input type="checkbox"/> rechtl. Betreuer/in <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung beantragt AG <sup>1</sup> _____

**Urkunde in Kopie für Verwaltungs- und Pflegeakte**

## 3. Heimkostenabrechnung

Rechnung soll gesandt werden an:
*Name
*Vorname
*Straße
*PLZ / Ort

### Bankverbindung

Kontoinhaber
Bank
BLZ
Konto

1 AG: Amtsgericht

## 4. Angehörige

Name
Vorname
Straße
PLZ / Ort
Telefon
Telefon Mobil
Fax
e-Mail

Beschreiben Sie uns bitte den Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität.

Gibt es Allergien, Anfallsleiden (Epilepsie etc), Herzschrittmacher?

Name
Vorname
Straße
PLZ / Ort
Telefon
Telefon Mobil
Fax
e-Mail

Muss der / die Pflegebedürftige künstlich beatmet werden?  ja  nein  k.A.  
Über eine Trachealkanüle?  ja  nein  k.A.

Wie wird der / die Pflegebedürftige ernährt?  
 Normalkost  Schonkost  
 Sonde (PEG)  Ernährungsport

Liegt ein insulinpflichtiger Diabetes vor?  ja  nein  k.A.

Werden Inkontinenzartikel benötigt?  ja  nein  k.A.

Hat der / die Pflegebedürftige einen künstlichen Darmausgang und/oder Urindauerkatheter  ja  nein  k.A.

Liegen Hautschädigungen vor?  ja  nein  k.A.

wenn ja, wo .....

.....

.....

Besteht eine demenzielle Erkrankung?  ja  nein  k.A.

Gibt es Weglauftendenzen?  ja  nein  k.A.

Besteht derzeit eine Infektion mit MRSA / ORSA?  ja  nein  k.A.

## 5. Pflegeaspekte

Hausarzt
Fachärzte
Körpergröße
Gewicht

## 6. Kurzzeit- / Verhinderungspflege

Ich hatte meinen gewöhnlichen Aufenthalt in den letzten 12 Monaten vor der Heimaufnahme in Niedersachsen  ja  nein

Ich beziehe Leistungen der Kriegsopferfürsorge (KOF) oder vergleichbarer Leistungen (§ 26 c Bundesversorgungsgesetz BVG)  ja  nein

Nur für Bewohner, die in den letzten 12 Monaten in Niedersachsen ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Niedersachsen hatten und keine Leistungen nach § 26 BVG erhalten, werden die Investitionskosten gefördert, sofern der Bewohner nach der Kurzzeit- / Verhinderungspflege die Einrichtung wieder verlässt.

Für den Fall, dass die Pflegekasse keine Kostenzusage für eine Kurzzeit- / Verhinderungspflege gibt, ist mir bekannt, dass die gesamten Heimkosten dem Bewohner berechnet werden.

X

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## 7. Postangelegenheiten

Die für Bewohner bestimmte Post wird den Bewohnern übergeben bzw. an der Rezeption zur Abholung hinterlegt, wenn die Gefahr besteht, dass diese beim Bewohner verloren gehen könnte.

Wenn Sie die Post an eine andere Adresse nachgesandt bekommen möchten, so müssen wir die Post für die Nachsendung erneut frankieren. Die Portokosten werden dem Bewohner in Rechnung gestellt, weil diese nicht Pflegesatzbestandteil sind.

Wir senden Ihnen die Post gerne nach, müssen jedoch darauf hinweisen, dass wir für Fristwahrungen und die wirksame Zustellung beim Empfänger keine Haftung übernehmen können.

## 8. Vertragsapothek

Gemäß § 12a Apothekengesetz dürfen Heime mit Arzneimitteln oder apothekenpflichtigen Medizinprodukten nur noch auf Grundlage eines Vertrages versorgt werden. Die Vertragsapothek stellt die Belieferung mit Medikamenten für unsere Bewohner/innen sicher. Dem hierfür notwendigen Datenaustausch stimme ich zu.

Abgesetzte Medikamente bzw. solche mit überschrittenem Verfallsdatum müssen wir an die Apothek zurückgeben, da diese hier nicht gelagert werden dürfen. Falls Sie diese ausgehändigt haben möchten, setzen Sie sich bitte mit dem Apotheker in Verbindung.

Unsere Vertragsapothek:

**Glückauf-Apothek, Bäckerstr. 1, 38640 Goslar, Tel. 05321 - 23829**

Mir ist bekannt, dass ich für die Versorgung selbst verantwortlich bin, wenn ich die Versorgung durch eine andere Apothek wünsche.

X

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

## 9. Meldung nach dem Niedersächsischen Meldegesetz

### § 20 Abs. 1

Wer in Krankenhäusern, Sanatorien, Pflegeheimen oder sonstigen Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger oder behinderter Menschen oder der Heimerziehung dienen, aufgenommen wird und für eine andere Wohnung im Inland gemeldet ist, braucht sich nicht anzumelden. Wer nicht für eine solche Wohnung gemeldet ist, hat sich innerhalb einer Woche anzumelden, sobald der Aufenthalt die Dauer von zwei Monaten überschreitet. Für Personen, die ihrer Meldepflicht wegen Gebrechlichkeit nicht nachkommen können, ist die Leitung der Einrichtung oder die von ihr beauftragte Person meldepflichtig. § 9 Abs. 3 Satz 2 bleibt unberührt.

### § 9 Abs. 3 Satz 2

Ist eine betreuende Person bestellt, deren Aufgabenkreis die Aufenthaltsbestimmung umfasst, so obliegt dieser die Meldepflicht.

## 10. Informationen für den Todesfall

Welche Art der Bestattung wünschen Sie?

- Erdbestattung
- Feuerbestattung                       sonstige .....

Möchten Sie ein Bestattungsunternehmen benennen? .....

Die Medikamente verstorbener Bewohner werden umgehend der Apotheke übergeben, da eine Lagerung in der Einrichtung nicht möglich ist. Falls Sie diese ausgehändigt haben möchten, setzen Sie sich bitte mit dem Apotheker in Verbindung.

## 11. Verbindliche Reservierung

Hiermit reserviere ich den Pflegeplatz im  
Zimmer Nr. ....  
mit Wirkung zum .....

Mir ist bekannt, dass mir ab dem genannten Tag Heimkosten in Höhe von kalendertäglich  
..... € berechnet werden.

Als Bevollmächtigter stelle ich der Einrichtung eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht zur Verfügung.

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Bewohner / Bevollmächtigter

## 12. Protokoll zum Aufnahmegespräch § 5 (2) HeimG

Herr / Frau \_\_\_\_\_  
beabsichtigt in das Stadthaus am Zwingerwall einzuziehen.

Die folgend aufgeführten Punkte sind in einem ausführlichen Beratungsgespräch besprochen worden:

- Leistungsangebote
  - Kurzzeit- / Verhinderungspflege
  - vollstationäre Dauerpflege
- Kostenträger
- Heimvertrag
- Rechtliche Vertretungen
  - Vollmachten / Patientenverfügung
  - Betreuungen
- Heimentgelte
  - Pflege & Betreuung
  - Unterkunft & Verpflegung
  - Investitionskosten

**(auf zukünftige Leistungs- und Entgeltveränderungen wird hiermit ausdrücklich hingewiesen)**

- Abwesenheitsregelung (RV § 75 SGB XI)
- Zimmergestaltung unter der Berücksichtigung pflegerischer Notwendigkeiten
- Heimkostenabrechnung, ggf. für die Kurzzeit- und Verhinderungspflege insbesondere auch die Regelungen zur Förderung der Investitionskosten (§ 10 NPflegeG)
- Auslagen und Taschengeld

- Befreiung von der Zuzahlung von Heil- und Hilfsmitteln mit Chronikerregelung
- Krankentransportrichtlinie
- Vertragsapotheker
- Notrufanlage
- Telefonanschluss

Folgende Unterlagen sind ausgehändigt worden:

- Heiminformationen
- Auf Wunsch
  - Informationen zu Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
  - Musterexemplar des Heimvertrages und die Heimordnung erhält der Bewohner gerne auf Wunsch. In jedem Falle wird dem Bewohner bzw. seinem Bevollmächtigten der Heimvertrag vor Vertragsabschluss zur Verfügung gestellt

Das Gespräch wurde durchgeführt

am .....

von MA .....

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vorgenannten Sachverhalte.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. rechtl. Vertreter

## 13. Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IFSG)

Gesetzesauszug:

„(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes [...] 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

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

geb. \_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_

eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane nicht vorliegt und keine Bedenken gegen eine Heimaufnahme durch eine Altenpflegeeinrichtung bestehen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Stempel, Unterschrift des bestätigenden Arztes

## 14. Checkliste für Angehörige / Betreuer

Im Zusammenhang mit dem Einzug in ein Pflegeheim sind einige Formalitäten zu erledigen. Dazu möchte wir Ihnen folgende Checkliste mitgeben:

was	bei wem	erledigt am
Antrag bei der Pflegekasse	Pflegekasse anrufen und Antrag zusenden lassen	
Sozialhilfeantrag	Beim Sozialamt des letzten Wohnsitzes den Einzug anzeigen und Antrag zusenden lassen	
Bescheinigung nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IFSG	vom Hausarzt ausstellen lassen und an der Rezeption abgeben	
Vollmachten Patientenverfügung Betreuerausweis	Kopie an der Rezeption abgeben	
Schwerbehindertenausweis Krankenversicherungskarte Ausweis über die Befreiung von der Zuzahlung von Heil- und Hilfsmitteln Personalausweis letzten Einstufungsbescheid der Pflegekasse	Spätestens beim Einzug an der Rezeption abgeben	