



**Alten- und Pflegeheim
St. Martin
Ochtendung**

Anlage Datenschutzerklärung Anfrage Heimplatz

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

Sie interessieren sich für einen Heimplatz in unserer Einrichtung.

Auf Grund der neuen Datenschutzbestimmungen benötigen wir Ihr Einverständnis zur Speicherung Ihrer Informationen im Erstgespräch.

Ich bitte Sie, aus diesem Grunde, die unten aufgeführte Erklärung zu unterzeichnen.

Die von mir im Rahmen des Aufnahme- Akquisegesprächs angegebenen Daten dürfen gespeichert werden. Sie werden vertraulich behandelt und können im Rahmen des Heimaufnahmeverfahrens verwendet werden.

Ochtendung, den _____

Ochtendung, den _____

Corina Grässer
Heimleitung

Interessentin / Interessent

Alten- und Pflegeheim St. Martin
Heinrich-Heine-Str. 7-11
56299 Ochtendung
Tel.: 02625/ 95 17 0
Fax: 02625/ 95 17 187



Anmeldung zur Heimaufnahme () Kurzzeitpflege () zur Tagespflege ()

Bitte alle Fragen vollständig beantworten.	
1. <u>Name:</u> _____	
2. <u>Vorname(n):</u> (Rufnamen bitte unterstreichen) _____	
3. <u>Geburtsname:</u> _____	
4. <u>Geburtsdatum:</u> _____	4. <u>Ort:</u> _____
<u>Kreis</u> _____	<u>Land:</u> _____
5. <u>Familienstand:</u> _____	6. <u>Konfession:</u> _____
7. <u>Staatsangehörigkeit:</u> _____	
8. <u>Wohnung:</u> _____	
(Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	(Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde, Kreis)
_____	_____
(Straße und Hausnummer)	(Telefon)
9. <u>Zur Zeit im Krankenhaus oder Altenheim?</u> _____	
(Name des Krankenhauses oder des Heims) _____	

(Anschrift des Krankenhauses oder des Heims) _____	
10. <u>Angehörige:</u>	
a) _____	_____
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
_____	_____
(Postleitzahl)(Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
b) _____	_____
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
_____	_____
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
c) _____	_____
(Verwandtschaftsgrad)	(Vor- und Zuname)
_____	_____
(Postleitzahl) (Wohnort, Gemeinde)	(Straße, Hausnummer, Telefon?)
(Falls es keine Angehörigen gibt, bitte eine andere Vertrauensperson angeben!)	

Alten- und Pflegeheim St. Martin

Heinrich-Heine-Str. 7-11

56299 Ochtendung

Tel.: 02625/ 95 17 0

Fax: 02625/ 95 17 187



11. <u>Liegt eine Betreuung / Vollmacht vor?</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein															

(Vor- und Zuname)															

(Straße und Hausnummer, Telefon)															
(Kopie der Bestellsurkunde oder Vollmacht beilegen)															
12. Name und Anschrift der Krankenkasse:															
13. Mitgliedsnummer der Krankenkasse: _____ Vers. Karte liegt vor: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>															
14. Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 beantragt am: _____															
15. Zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Befreiungsausweis liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _															
16. Name des Hausarztes: _____ weitere Betreuung im Altenheim: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein															
Anschrift / Telefon: _____															
Ärztlicher Fragebogen ausgefüllt und beigelegt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____															
17. Vermögenssituation:															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 33%;">Art des Einkommens (z.B. Rente)</th><th style="width: 33%;">Zahlende Stelle</th><th style="width: 33%;">Betrag in Euro</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro									
Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro													
18. <u>Die Kosten werden aufgebracht durch:</u>															
<input type="checkbox"/> Pflegekasse															
<input type="checkbox"/> das vorstehend aufgeführte Einkommen															
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen															
<input type="checkbox"/> Anteilig durch Sozialamt Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt in _____ gestellt															
Wichtig: Der Antrag auf Leistungen beim Sozialamt ist unbedingt vor Heimaufnahme zu stellen															
19. <u>Gewünschte Wohnform:</u>															
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer															
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer															
20. <u>Einzugstermin bei vollstationärer Pflege:</u>															
21. <u>Gewünschter Aufenthaltszeitraum bei Kurzzeitpflege:</u> vom: _____ bis: _____															
22. <u>Datum, Unterschrift des Antragstellers:</u>															
23. <u>Sonstiges (ggf. Rechnungsanschrift):</u>															



INFORMATION VOR DEM EINZUG OFFENE EINRICHTUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich

(Name, Vorname)

darauf hingewiesen wurde, dass das **Alten- und Pflegeheim St. Martin** eine offene Einrichtung ist.

Damit sich die Bewohnerinnen, Bewohner und Gäste frei bewegen können, sind die Eingangstüren am Tag immer offen, Nachts sind nur die Notausgänge offen.

Da der Eingangsbereich nicht immer mit Personal besetzt ist, kann jeder die Einrichtung ungesehen verlassen. Ebenso kann Seitens des Pflegepersonals keine kontinuierliche Aufsicht erfolgen, da diese sich bei der Betreuung der einzelnen Bewohnerinnen und Bewohner in deren Zimmern aufhalten.

Bei Rückfragen zu diesem Thema stehen die Heim- und Pflegedienstleitung gerne zur Verfügung.

_____, den _____

Unterschrift der Bewohner/in, Betreuer/in



INFORMATION VOR DEM EINZUG WERTGEGENSTÄNDE

Hiermit bestätige ich, dass ich

(Name, Vorname)

Dass das Alten- und Pflegeheim St. Martin mich darauf hingewiesen hat, Bargeld, Schmuck oder Wertgegenstände nicht im Zimmer aufzubewahren, da dafür keine Haftung übernommen werden kann. Es besteht die Möglichkeit Wertgegenstände im Tresor in der Verwaltung einschließen zu lassen. Ebenso kann in der Verwaltung ein Bargeldkonto eingerichtet werden, von dem Sie dann entsprechende Beträge für Friseur, Fußpflege etc. begleichen lassen können.

Ebenso können wir keine Haftung für von zu Hause mitgebrachten Haushaltsgegenstände übernehmen.

Wir weisen darauf hin, dass wir für den Verlust von ungekennzeichneter Wäsche nicht haften.

Bei Rückfragen zu diesem Thema stehen die Heim- und die Pflegedienstleitung gerne zur Verfügung.

_____, den _____

Unterschrift der Bewohner/in, Betreuer/in

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Name: _____ **Vorname:** _____ **Datum:** _____

Ich bin damit einverstanden das:

Ein Namensschild an meiner Zimmertür angebracht wird

- Ja _____
 Nein _____
Unterschrift Bewohner oder Bevollmächtigter/Betreuer

Bei Einzug oder Tod mein Name im Aushang veröffentlicht wird

- Ja _____
 Nein _____
Unterschrift Bewohner oder Bevollmächtigter/Betreuer

Mein Geburtstag, Zimmernummer und Konfession dem Bewohnerbeirat, dem Pfarrgemeinderat und der Ortsgemeinde mitgeteilt wird. Veröffentlichung in der Tageszeitung (mit Angabe der Jahreszahl).

- Ja _____
 Nein _____
Unterschrift Bewohner oder Bevollmächtigter/Betreuer

Fotos, auf denen ich abgebildet bin, auf der Homepage, Fernsehleinwand (TV Eingangsbereich) und im Haus veröffentlicht werden.

- Ja _____
 Nein _____
Unterschrift Bewohner oder Bevollmächtigter/Betreuer

„Meine Gewohnheiten“

Name: _____ Datum: _____



Tagesablauf

Wann stehe ich auf und wann gehe ich bevorzugt zu Bett? Was ist mir im Verlaufe des Tages besonders wichtig? Wann gehe ich gewohnheitsmäßig auf's stille Örtchen?



Aufstehrituale

Was ist mir morgens besonders wichtig? Wie gestaltet sich die Körperpflege (Pflegeprodukte, Haarpflege, Rasur)?



Frühstücksgewohnheiten

Was esse ich gerne? Wann bin ich gewohnt zu frühstücken? Wo frühstücke ich gerne? Was ist mir wichtig und was sollte auf keinen Fall sein?



Vormittagsgestaltung

Was mache ich normalerweise vormittags? Was ist mir dabei wichtig?



Rund um das Mittagessen

Was esse ich gerne? Wann und in welcher Umgebung nehme ich gerne meine Mahlzeiten ein? Was habe ich gerne gegessen. Was tue ich nach dem Essen? Halte ich einen Mittagsschlaf?



QUALITÄTSHANDBUCH

ALTEN- UND PFLEGEHEIM ST. MARTIN, OCHTENDUNG
GELTUNGSBEREICH: PFLEGEINRICHTUNG



QKA 1.1

Meine Gewohnheiten

Verantwortet von: HL/PDL, QMB
Inkrafttreten am: 15.05.19

Nachmittagsgestaltung

Brauche ich nachmittags noch eine Tasse Kaffee oder Tee?
Mag ich eine besondere Zwischenmahlzeit? Was unternehme ich gerne?



Das Fernsehprogramm

Welche Sendung schaue ich mir regelmäßig an? Oder höre ich lieber ein gutes Radioprogramm? Was möchte ich auf keinen Fall verpassen?



Abendessen

Wie und was esse ich zu Abend? Wann bin ich gewohnt zu Abend zu essen?



Abendgestaltung und Bettgehrituale

Was mache ich nach dem Abendessen? Wie gestaltet sich die abendliche Körperpflege? Welche Zu-Bett-geh-Rituale habe ich?



Lieblingsbeschäftigung

Woran habe ich die meiste Freude? Welche Beschäftigungen sind mir die liebsten? Was macht mir gar keinen Spaß? Womit verbringe ich sonst meinen Tag? Bin ich gerne in Gesellschaft?



Ängste, Befürchtungen, Abneigungen

Was sind meine größten Ängste? Was würde mich besonders stören? Was mag ich nicht? Womit habe ich schlechter Erfahrungen?

Anlage zur Heimaufnahme
Erfassung der Essgewohnheiten

Von Frau/Herrn _____

WB: _____ Zi.-Nr.: _____



Frühstück:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Brot/Brötchen geschmiert |
| | <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit | <input type="checkbox"/> Brot ohne Kruste |
| <input type="checkbox"/> Brötchen () | <input type="checkbox"/> Marmelade | <input type="checkbox"/> Quark |
| <input type="checkbox"/> Roggenbrötchen () | <input type="checkbox"/> Honig | <input type="checkbox"/> Joghurt |
| <input type="checkbox"/> Vollkornbrötchen () | <input type="checkbox"/> Nutella | <input type="checkbox"/> Brei |
| | <input type="checkbox"/> Wurst | <input type="checkbox"/> Obst |
| <input type="checkbox"/> Graubrot () | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Weißbrot () | <input type="checkbox"/> Butter | <input type="checkbox"/> Kaffee |
| <input type="checkbox"/> Vollkornbrot () | <input type="checkbox"/> Margarine | <input type="checkbox"/> Tee |
| | <input type="checkbox"/> Becel | <input type="checkbox"/> Schnabelbecher |
| <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ | <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ | <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ |

Mittagessen:

- | | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Schonkost | |
| Portionsgröße: | <input type="checkbox"/> ½ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 ½ |
| Mittagessen passiert: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Fleisch: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> passiert | <input type="checkbox"/> geschnitten |
| Besondere Vorlieben: | _____ | | |
| | _____ | | |
| Mag überhaupt nicht: | _____ | | |
| | _____ | | |

Abendessen:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normalkost | <input type="checkbox"/> Diabetiker | <input type="checkbox"/> Brot geschmiert |
| | <input type="checkbox"/> Zwischenmahlzeit | <input type="checkbox"/> Brot ohne Kruste |
| | <input type="checkbox"/> Wurst | <input type="checkbox"/> Joghurt |
| <input type="checkbox"/> Graubrot () | | |
| <input type="checkbox"/> Weißbrot () | | |
| <input type="checkbox"/> Vollkornbrot () | | <input type="checkbox"/> Brei |
| | <input type="checkbox"/> Käse | <input type="checkbox"/> Obst |
| | <input type="checkbox"/> Butter | |
| | <input type="checkbox"/> Margarine | <input type="checkbox"/> Tee |
| | <input type="checkbox"/> Becel | <input type="checkbox"/> Kakao |
| <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ | <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ | <input type="checkbox"/> Schnabelbecher |
| | | <input type="checkbox"/> Mag nicht: _____ |

Besteht eine Lebensmittelallergie? nein ja, welche: _____

Alten- und Pflegeheim St. Martin
Heinrich – Heine – Str. 7-11
56299 Ochtendung
Telefon: 02625 / 9517 – 0
Fax: 02625 / 9517 – 187



Information zur Organisation der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz und Erklärung der Bewohnerin/ des Bewohners

Herr / Frau _____

1. Ich wurde durch die Einrichtung informiert, dass die Versorgung der Bewohner/ -innen mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten, die Ihre Versorgung in der Apotheke Ihrer Wahl nicht selbst wahrnehmen wollen oder können, zukünftig nach § 12a Apothekengesetz auf Grundlage eines Vertrages/ von Verträgen mit der/den Einrichtung/en kooperierenden Apotheke (Marienapotheke, Ochtendung) erfolgt. Inhalt und Ziele der gesetzlichen Regelung wurden mir erläutert.
2. Ich wurde dabei auf mein grundsätzliches Recht zur freien Apothekenwahl hingewiesen.
3. **Ja**, an dem in der Einrichtung vorgesehene Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz möchte ich teilnehmen. Meine Entscheidung zur Teilnahme an dem in der Einrichtung vorgesehene Verfahren der Medikamentenversorgung nach § 12a Apothekengesetz kann ich widerrufen, um von meinem Recht Gebrauch zu machen, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente) selbst wahrzunehmen.
4. **Nein**, ich werde nicht an dem vorgesehenen Verfahren zur Regelung der Medikamentenversorgung teilnehmen, da ich von meinem Recht Gebrauch mache, meine Medikamentenversorgung (Beschaffung in der Apotheke, Organisation der Medikamente selbst wahrzunehmen. Diese Entscheidung kann ich im Bedarfsfall widerrufen und dann an dem in der Einrichtung praktizierten Verfahren zur Medikamentenversorgung durch (eine) öffentlich zugelassene Apotheke/n teilnehmen.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/-in bzw.
vertretungsberechtigte Person



Einrichtung: Alten- und Pflegeheim St. Martin
Ochtendung

Bewohner:



Stempel der Apotheke

Einverständniserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie bspw. zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgesprächen gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. an Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).

Ich bin damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert. Ferner bin ich damit einverstanden, daß die Apotheke mich über sinnvolle Aktionen informiert und mich zu Geburtstagen oder sonstigen Festen gratuliert. Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern keine übergeordneten gesetzlichen Vorschriften die Datenspeicherung weiterhin erfordern. Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ort, Datum

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat



Zahlungsempfänger:

Firma: cusanus Trägergesellschaft Trier mbH
Straße und Hausnummer: Friedrich-Wilhelm-Str. 32
PLZ und Ort: 54290 Trier
Altenhilfe-Einrichtung: **St. Martin, Ochtendung**
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE23ZZZ00000012941
Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Ich werde (wir werden) vom Zahlungsempfänger spätestens 7 Tage vor dem Lastschrifteinzug über Betrag und Fälligkeit informiert, soweit sich dies nicht bereits aus anderen Unterlagen (z.B. Rechnung) ergibt.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger (Kontoinhaber)

Vorname und Name: _____
Straße und Hausnummer: _____
PLZ und Ort: _____
Kreditinstitut (Name): _____
BIC: _____ | _____
IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
Bisher Kto. Nr.: _____ BLZ: _____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

**Alten- und Pflegeheim St. Martin Ochtendung:
Pflegesätze gültig ab 01.01.2024 für Kurzzeitpflege.**

Ab dem 01.01.2024 zu zahlender Betrag für Einzelzimmer

	Pflegesatz	ARB + ABZU *1	Unterkunft	Verpfle- gung	Invest.- Kosten	tägl. Heim- entgelt	Maximaler Anteil Pflegekasse*
Pflegegrad 0	45,43 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	105,06 €	0,00 €
Pflegegrad 1	56,30 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	115,93 €	125,00 €
Pflegegrad 2	70,10 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	129,73 €	1.774,00 €
Pflegegrad 3	86,27 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	145,90 €	1.774,00 €
Pflegegrad 4	103,14 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	162,77 €	1.774,00 €
Pflegegrad 5	110,70 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	170,33 €	1.774,00 €

* Maximal diesen Betrag übernimmt gem. § 43 Abs 4 SGB XI die Pflegekasse vom kalendertäglichen Heimentgelt errechneten Gesamtbetrag.

*1 Ausbildungsrefinanzierungsbetrag (ARB) und Ausbildungszuschuss (ABZU)

Ab dem 01.01.2024 zu zahlender Betrag für Doppelzimmer

	Pflegesatz	ARB + ABZU *1	Unterkunft	Verpfle- gung	Invest.- Kosten	tägl. Heim- entgelt	Maximaler Anteil Pflegekasse*
Pflegegrad 0	45,43 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	100,97 €	0,00 €
Pflegegrad 1	56,30 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	111,84 €	125,00 €
Pflegegrad 2	70,10 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	125,64 €	1.774,00 €
Pflegegrad 3	86,27 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	141,81 €	1.774,00 €
Pflegegrad 4	103,14 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	158,68 €	1.774,00 €
Pflegegrad 5	110,70 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	166,24 €	1.774,00 €

* Maximal diesen Betrag übernimmt gem. § 43 Abs 4 SGB XI die Pflegekasse vom kalendertäglichen Heimentgelt errechneten Gesamtbetrag.

*1 Ausbildungsrefinanzierungsbetrag (ARB) und Ausbildungszuschuss (ABZU)

Alten- und Pflegeheim St. Martin Ochtendung:

Pflegesätze gültig ab 01.01.2024 für vollstationäre Pflege.

Ab dem 01.01.2024 zu zahlender Betrag für Einzelzimmer

	Pflegesatz	ARB + ABZU *1	Unterkunft	Verpflegung	Invest.-Kosten	tägl. Heim-entgelt	Heimentgelt pro Monat bei 30,42 Tagen	Maximaler Anteil Pflegekasse*	monatlicher Eigenanteil
Pflegegrad 0	45,43 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	105,06 €	3.195,93 €	0,00 €	3.195,93 €
Pflegegrad 1	48,94 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	108,57 €	3.302,70 €	125,00 €	3.177,70 €
Pflegegrad 2	62,74 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	122,37 €	3.722,50 €	770,00 €	2.952,50 €
Pflegegrad 3	78,91 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	138,54 €	4.214,39 €	1.262,00 €	2.952,39 €
Pflegegrad 4	95,78 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	155,41 €	4.727,57 €	1.775,00 €	2.952,57 €
Pflegegrad 5	103,34 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	21,67 €	162,97 €	4.957,55 €	2.005,00 €	2.952,55 €

* Maximal diesen Betrag übernimmt gem. § 43 Abs 4 SGB XI die Pflegekasse vom kalendertäglichen Heimentgelt errechneten Gesamtbetrag

*1 Ausbildungsrefinanzierungsbetrag (ARB) und Ausbildungszuschuss (ABZU)

Ab dem 01.01.2024 zu zahlender Betrag für Doppelzimmer

	Pflegesatz	ARB + ABZU *1	Unterkunft	Verpflegung	Invest.-Kosten	tägl. Heim-entgelt	Heimentgelt pro Monat bei 30,42 Tagen	Maximaler Anteil Pflegekasse*	monatlicher Eigenanteil
Pflegegrad 0	45,43 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	100,97 €	3.071,51 €	0,00 €	3.071,51 €
Pflegegrad 1	48,94 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	104,48 €	3.178,28 €	125,00 €	3.053,28 €
Pflegegrad 2	62,74 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	118,28 €	3.598,08 €	770,00 €	2.828,08 €
Pflegegrad 3	78,91 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	134,45 €	4.089,97 €	1.262,00 €	2.827,97 €
Pflegegrad 4	95,78 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	151,32 €	4.603,15 €	1.775,00 €	2.828,15 €
Pflegegrad 5	103,34 €	3,22 €	22,02 €	12,72 €	17,58 €	158,88 €	4.833,13 €	2.005,00 €	2.828,13 €

* Maximal diesen Betrag übernimmt gem. § 43 Abs 4 SGB XI die Pflegekasse vom kalendertäglichen Heimentgelt errechneten Gesamtbetrag

*1 Ausbildungsrefinanzierungsbetrag (ARB) und Ausbildungszuschuss (ABZU)

Was bringe ich mit



- Einverständniserklärung zum Datenschutz
- Informationen vor dem Einzug
- Betreuungsurkunde, Vollmacht, Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Impfpass
- Einstufungsbescheid der Pflegekasse oder Bestätigung des Antrages
- Ärztlicher Fragebogen
- aktueller vom Arzt unterschriebener Medikamentenplan
- Pflegerelevante Hilfsmittel, z.B. Rollstuhl, Rollator etc.
- Versicherungskarte und Befreiungsausweis, Personalausweis
- Inkontinenzprodukte bei der Kurzzeitpflege
- Meine Gewohnheiten
- Kleidung, Pflegeprodukte
- Wahlabtrittserklärung für die Apotheke
- Medikamente
- Einzugsermächtigung

Infoblatt

Telefonanschluss im Altenheim St. Martin Ochtendung

Wir bieten:

Einen Telefonanschluss für 15 € im Monat/zum Monatsende kündbar

Bei Kurzeitpflege berechnen wir 3,75 € pro angefangene Woche

Eine Telefonflatrate für Anrufe in das Festnetz und auf Mobilfunkgeräte.

Abgeschaltete Servicenummern zum Schutz vor unerwarteten und ungewollten Zusatzkosten.

Ein Seniorentelefon (Audioline TEL 136)

auf Leihbasis kostenlos, bei Beschädigung

fallen Kosten zum Ersatz an.

Neben den normalen Telefonfunktionen haben sie die Möglichkeit 3 Kurzwahltasten zu belegen.

Es gibt es eine Freisprecherfunktion und eine

Anruf LED die leuchtet wenn sie angerufen werden.



Was sie noch wissen sollten:

Sie können gerne Ihr altes Telefon mitbringen, die meisten aktuellen Geräte sind kompatibel. Bei Problemen wenden sie sich bitte an unseren Haustechniker.

Bei Telefonaten muss immer eine „0“ Vorgewählt werden z. B. 002625 xxxxx

Telekomanschlüsse können **nicht** in unser Haus übernommen werden, auch Ihre alte Rufnummer kann **nicht** übernommen werden.

Jedes Zimmer hat seine eigene festgelegte Rufnummer, in Doppelzimmern gibt es zwei Anschlüsse mit zwei Rufnummern.

Die Abrechnung erfolgt über ein vorhandenes oder neu angelegtes Taschengeldkonto bei Bedarf über die normale Rechnung.

Einverständniserklärung Einkaufs-Service

Versorgung mit Produkten des täglichen Bedarfs durch das Pflegeteam
und unseren neuen Kooperationspartner BringLiesel.

Hiermit erkläre ich, _____, geb. am _____
(Name der Bewohner*in / Bevollmächtigte / Betreuer*in) (Geburtsdatum Bew. / Bevollm. / Betreuer*in)

mich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter*innen des Alten- und Pflegeheims St. Martin, Ochtendung
(Name der Einrichtung)

die Versorgung mit Produkten des täglichen Bedarfs (z.B. Körperpflegeprodukte, Kiosk-Artikel) für mich,
_____ übernehmen.
(Name des/ der Bewohner*in)

Die Versorgung wird in Zusammenarbeit mit unserem Kooperationspartner *BringLiesel* sichergestellt.

Das Produktsortiment kann jederzeit in der Einrichtung eingesehen werden.

Bitte wählen Sie eine der folgenden zwei Möglichkeiten aus:

Die Rechnungen der BringLiesel GmbH sollen mit Mitteln des Taschengeldkontos ausgeglichen werden.

Um bei einer Bestellung die Einkaufsstüte zu beschriften und die Rechnung auszustellen, werden nur personenbezogene Daten an *BringLiesel* übermittelt und verarbeitet, die für die Abwicklung der Bestellung erforderlich sind: Anrede, Vorname, Name sowie die Anschrift und ggf. der Wohnbereichsname und die Zimmernummer.

Es ist Ihr Recht, diese Einwilligung selbstverständlich jederzeit widerrufen zu können.

Ich bin: Bewohner*in Betreuer*in Bevollmächtigte*r

Ort und Datum

Vor- und Nachname

Unterschrift

Bewohnerwäsche-Preisliste
Kurzzeitpflege
 (Gültigkeitsdatum: 01.01.2021)



Artikel	Preis netto	Preis brutto
Kleid, waschbar	3,26 €	3,88 €
Kopfbedeckung	1,29 €	1,54 €
Kopfkissenbezug	0,54 €	0,64 €
Korsett	0,56 €	0,67 €
Krawatte, chem Reinigung	2,74 €	3,26 €
Küchentuch	0,43 €	0,51 €
Latz	0,43 €	0,51 €
Legging	0,53 €	0,63 €
Mantel Alcantara	10,51 €	12,51 €
Mantel popeline	10,51 €	12,51 €
Mantel Wolle	7,67 €	9,13 €
Matratzenschonbezug	4,06 €	4,83 €
Mitteldecke 80x80	1,00 €	1,19 €
Mundserviette	0,37 €	0,44 €
Nachthemd	1,35 €	1,61 €
Nackenhörnchen	1,98 €	2,36 €
Nackenkissenbezug	0,43 €	0,51 €
Nackenrollenbezug	0,43 €	0,51 €
Nackenrolleniniett	1,98 €	2,36 €
Netzhose	0,22 €	0,26 €
Nylonstrumpf	0,21 €	0,25 €
Oberhemd, gereinigt	2,88 €	3,43 €
Oberhemd, waschbar	2,17 €	2,58 €
Plisseerock, gewaschen	2,93 €	3,49 €
Plüschtier	1,29 €	1,54 €
Polohemd	1,37 €	1,63 €
Protektorhose	0,55 €	0,65 €
Pullover, gereinigt	2,45 €	2,92 €
Pullover, waschbar	1,80 €	2,14 €
Pullunder	1,61 €	1,92 €
Rock Alcantara	6,42 €	7,64 €
Rock, gereinigt	4,00 €	4,76 €
Rock, waschbar	2,93 €	3,49 €
Schlafanzughose	1,24 €	1,48 €
Schlafanzughose kurz	0,31 €	0,37 €
Schlafanzugjacke	1,24 €	1,48 €
Schürze	1,29 €	1,54 €
Seitenschläferkissen	3,62 €	4,31 €
Shirt langarm	1,60 €	1,90 €
Spannbetttuch	1,60 €	1,90 €
Spitzenkragen	0,53 €	0,63 €
Staubtuch	0,30 €	0,36 €
Stola	2,65 €	3,15 €
Strickjacke, gereinigt	2,45 €	2,92 €
Strickjacke, waschbar	1,80 €	2,14 €
Strumpf	0,21 €	0,25 €
Strumpfhose	0,51 €	0,61 €

Bewohnerwäsche-Preisliste
Kurzzeitpflege
(Gültigkeitsdatum: 01.01.2021)

Artikel	Preis netto	Preis brutto
Anti-Thrombosestrümpfe	0,21 €	0,25 €
Badeanzug	0,56 €	0,67 €
Badehose	0,32 €	0,38 €
Bademantel	2,86 €	3,40 €
Bademütze	0,32 €	0,38 €
Badetuch	0,98 €	1,17 €
Badezimmermatte	4,32 €	5,14 €
Bandage	0,21 €	0,25 €
Bettbezug	1,64 €	1,95 €
Bettjücken	1,24 €	1,48 €
Bettlaken	1,27 €	1,51 €
BH	0,32 €	0,38 €
Binde elastisch	0,53 €	0,63 €
Bluse, chem. Reinigung	2,88 €	3,43 €
Bluse, waschbar	2,17 €	2,58 €
Cilly-Overall Getrocknet	1,35 €	1,61 €
Deckchen	1,53 €	1,82 €
Duschtuch	0,54 €	0,64 €
Einziehdecke	4,13 €	4,91 €
Faltenrock gewaschen bis 10 Falten	2,93 €	3,49 €
Fell-Einlage	2,10 €	2,50 €
Fleecejacke	3,08 €	3,67 €
Gästehandtuch	0,32 €	0,38 €
Geschirrtuch	0,43 €	0,51 €
Gummituch	1,50 €	1,79 €
Gürtel	0,53 €	0,63 €
Häkeldeckchen	0,53 €	0,63 €
Halstuch/Kopftuch	0,51 €	0,61 €
Handschuh	0,21 €	0,25 €
Handtuch	0,43 €	0,51 €
Hausschuhe	1,10 €	1,31 €
Hose kurz, waschbar	1,86 €	2,21 €
Hose lang, chem. Reinigung	3,62 €	4,31 €
Hose lang, gewaschen	2,93 €	3,49 €
Hosenträger	1,10 €	1,31 €
Hüfthalter	0,32 €	0,38 €
Jacke Alcantara	8,04 €	9,57 €
Jacke popeline	6,31 €	7,51 €
Jacke, chem. Reinigung	4,00 €	4,76 €
Jacke, waschbar	3,08 €	3,67 €
Jeanshose	2,93 €	3,49 €
Jogginghose	1,96 €	2,33 €
Joggingjacke	1,96 €	2,33 €
Kathetertasche	0,43 €	0,51 €
Kisseninlett 40x40	1,98 €	2,36 €
Kisseninlett 80x80	3,01 €	3,58 €
Kleid, chem. Reinigung	4,23 €	5,03 €

Bewohnerwäsche-Preisliste
Kurzzeitpflege
 (Gültigkeitsdatum: 01.01.2021)



Artikel	Preis netto	Preis brutto
Stuhlkissen	1,98 €	2,36 €
Sweatshirt, gereinigt	2,45 €	2,92 €
Sweatshirt, waschbar	1,60 €	1,90 €
Tagesdecke	8,58 €	10,21 €
Taschentuch	0,32 €	0,38 €
Tischdecke 130x170	1,24 €	1,48 €
Tischdecke 130x220	1,53 €	1,82 €
Tischläufer, waschbar	1,24 €	1,48 €
Top	1,37 €	1,63 €
Tragetasche	1,05 €	1,25 €
T-Shirt	0,91 €	1,08 €
Turnhose kurz, waschbar	1,86 €	2,21 €
Überschlaglaken	1,50 €	1,79 €
Unterhemd	0,31 €	0,37 €
Unterhemd mit Arm	0,31 €	0,37 €
Unterhose	0,30 €	0,36 €
Unterhose lang	0,55 €	0,65 €
Unterrock	0,38 €	0,45 €
Wäschesack	0,84 €	1,00 €
Waschhandschuh	0,21 €	0,25 €
WC-Deckelbezug	4,32 €	5,14 €
WC-Vorleger	4,32 €	5,14 €
Weste langarm	2,18 €	2,59 €
Weste ohne Arm, gereinigt	2,32 €	2,76 €
Weste ohne Arm, waschbar	1,61 €	1,92 €
Weste, gereinigt	2,32 €	2,76 €
Windel	0,21 €	0,25 €
Wolldecke	3,73 €	4,44 €
Wolldecke chem. gereinigt	4,47 €	5,32 €

Alten- und Pflegeheim St. Martin Ochtendung



Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie sich für das Alten- und Pflegeheim St. Martin als Ihr neues Zuhause entschieden haben.

Dürfen wir Sie fragen, wie Sie auf unser Haus aufmerksam geworden sind?

<input type="checkbox"/>	Empfehlung von
<input type="checkbox"/>	Guter Ruf der Einrichtung
<input type="checkbox"/>	Anzeige in
<input type="checkbox"/>	Hausprospekt erhalten von
<input type="checkbox"/>	Arzt
<input type="checkbox"/>	Sozialdienst/Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	BeKo-Stelle
<input type="checkbox"/>	Sozialstation
<input type="checkbox"/>	Ambulanter Pflegedienst
<input type="checkbox"/>	Sonstiges

Vielen Dank!