

Einwilligungserklärung „Bevollmächtigte Person“ gemäß KDG in die Verarbeitung personenbezogener Daten

Hiermit willige ich in die im Folgenden beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch den Verantwortlichen ein.

Verantwortlich für die Verarbeitung ihrer Daten

ist das Alten- und Pflegeheim St. Martin

vertreten durch die Einrichtungsleitung: Frau Corina Ancuta Gräßer

Heinrich-Heine-Str. 7-11, 56299 Ochtendung

Datenarten

Es werden ausschließlich folgenden Datenarten verarbeitet:

- Name
- Vorname
- Kontaktdaten

Zweck/e der Verarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt ausschließlich zu folgenden Zweck(en):

- Gewährleistung des Kontaktes zwischen Betreuer bzw. Bevollmächtigten und Verantwortlichen und Mitarbeitern des Alten- und Pflegeheimes
- Wahrnehmung der Betreuungsaufgaben

Widerruf

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Betreuer/Bevollmächtigter

Ort und Datum

Unterschrift

QMH 4.7 Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: DSB	Verantwortet von: GL	Freigegeben am: 06.06.2024 Inkrafttreten am: 06.06.2024
-------------------------------	------------------------	-------------------------	--

Alten- und Pflegeheim
St. Martin
Heinrich-Heine-Straße 7-11
56299 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

Aufnahmebogen

☐ zur vollstationären Pflege ab: _____
befristet bis: _____

☐ zur Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

☐ zur Tagespflege ab/an den Tagen _____

☐ Beförderung zur Tagespflege erwünscht

Zimmerkat.: EZ ☐ DZ ☐

Zimmer- Nr.: _____ (von der Einrichtung auszufüllen)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Staatsangeh.: _____

Konfession: _____

Pflegegrad: _____

Meldeadresse: ☐ Privat oder

Einrichtung (Name): _____

Straße, Nr.: _____

Landkreis: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

1. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger ☐

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht ☐ Betreuungsurkunde ☐

2. Ansprechpartner

Rechnungsempfänger ☐

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.nr.: _____

Mobil-Nr.: _____

E-Mail: _____

Art der Beziehung: _____

Vollmacht ☐ Betreuungsurkunde ☐

Die Vollmacht/Betreuungsurkunde liegt vor* für 1. Ansprechpartner 2. Ansprechpartner

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit: ☐ ☐

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten: ☐ ☐

Vertretung bei Behörden: ☐ ☐

Vermögenssorge: ☐ ☐

Post und Fernmeldeverkehr: ☐ ☐

Vertretung vor Gericht: ☐ ☐

Erteilung Untervollmachten: ☐ ☐

Betreuungsverfügung: ☐ ☐

Geltung über den Tod hinaus: ☐ ☐

*(*Die Angaben müssen von der Einrichtung mit der Urkunde abgeglichen werden)*

Es ist kein Bevollmächtigter benannt: ☐

Der Gast/Bewohner ist Rechnungsempfänger: ☐

Finanzierung (Selbstauskunft)

Pflegekasse: ☐ PG Bescheid liegt vor
☐ Antragsverfahren laufend

Monatliches Einkommen:

Rente/Pension: € _____

Sonstiges (z.B. Mieteinnahmen): € _____

Sonstiges: € _____

Barvermögen: € _____

Rentenüberleitung veranlasst: ☐

Sepa-Lastschriften Mandat erteilt: ☐

Kostenübernahme beantragt: ☐

Datum des Antrags: _____

Zuständiges Sozialamt: _____

Bitte legen Sie eine Kopie des letzten Rentenbescheides bei!

Angaben zur Versicherung

Krankenkasse: _____

Anschrift der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Versichertenkarte liegt vor: ☐

Zuzahlungsbefreiung liegt vor: ☐

Befreiungsausweis liegt vor: ☐

Beihilfeberechtigung: ☐ ja ☐ nein

Hausarzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ärztlicher Fragebogen liegt vor:

☐

Inkontinenzattest liegt vor:

☐

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Facharzt:

Anschrift:

Telefonnummer:

Apotheke:

Anschrift:

Telefonnummer:

Sonstige Angaben:

Bitte ankreuzen

	Ja	Nein
<u>Wäscheversorgung</u> (nur bei Aufnahme in vollstationärer Pflege)		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei maschinell gewaschen, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, die Wäschekennzeichnung ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird in der Wäscherei chemisch gereinigt, eine Kennzeichnung durch die Wäscherei ist obligatorisch, das chemische Reinigen ist kostenpflichtig		
Persönliche Wäsche wird durch Angehörige gewaschen		
Zimmerschlüssel erwünscht:		
Telefon gewünscht:		
Fernseher gewünscht (nur für KZP-Gäste):		
Vermittlung von kostenpflichtigen Leistungen externer Dienstleister (Die Begleichung der Kosten erfolgt über die Heimkostenrechnung):		
Fußpflege		
Friseur		
Therapeuten		

Ort, Datum _____

Unterschrift des Bewohners
oder Bevollmächtigte Person _____

Unterschrift Mitarbeiter
Der Einrichtungsverwaltung _____

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

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug bzw. zur Kurzzeitpflege

Bitte ausgefüllt zurück an: Alten- und Pflegeheim St. Martin, 56299 Ochtendung

Email: info@altenheim-st-martin.de

Fax: 02625-95 17-187

1. Vor- und Zuname:				
Geburtsdatum:				
2. Diagnosen: (Bitte vorliegende Arztbriefe/Entlassungsberichte beifügen)				
3. Medikamente	Bitte aktuellen Medikamentenplan beifügen!			
4. Ist der Patient orientiert	Zeitlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
	Örtlich	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
	Situativ	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
	zur Person	☐ Ja	☐ Nein	☐ Zeitweise
5. Liegt eine Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz	☐ Ja	☐ Nein	☐ Enterostoma	
Harninkontinenz	☐ Ja	☐ Nein	☐ Dauerkatheter	☐ Urostoma
6. Besteht eine Sucht-Krankheit (wenn ja, welche)?	☐ Alkohol	☐ Nikotin	☐ Schmerzmittel	☐ Laxantien
	☐ BTM	☐ Sonstiges:	☐	
7. Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?	☐ Demenz	☐ Depression	☐ Schizophrenie	☐ Manie
	☐ Wahn	☐ Sonstiges:	_____	
8. Besteht eine körperliche Beeinträchtigung?				
	☐ Lähmungen	Lokalisation: _____		
	☐ Amputationen	Lokalisation: _____		
	☐ Sonstiges:	_____		
9. Bestehen ansteckende Krankheiten?				
	☐ TBC	☐ MRSA	☐ ESBL	☐ MRGN
	☐ Noroviren	☐ Clostridioides difficile	☐ Sonstiges:	

* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer mit einschließt.

QMH 1.2 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: QPE, EL-Vertreter	Verantwortet von: GL	Freigegeben am: 22.01.2025 Inkrafttreten am: 01.02.2025	
-------------------------------	--------------------------------------	-------------------------	--	--

--

10. Liegen Wunden vor? Wundart: Wundversorgung:	☐ Dekubitus ☐ Ulcus cruris arteriosum ☐ Sonstige: ☐ Ulcus cruris venosum ☐ Diab. Fußsyndrom Lokalisation: _____ Material, Häufigkeit:
11. Sind zusätzliche Therapien verordnet?	☐ Logopädie ☐ Krankengymnastik ☐ Ergotherapie ☐ Sonstiges: _____ ☐ Lymphdrainage Häufigkeit:
12. Gibt es weitere wichtige Informationen oder ärztliche Anordnungen? (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten, Einfuhrreglementierung, Diäten, regelmäßige Vitalzeichenkontrollen)	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung des Patienten

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Datum	HZ Arzt	Medikament	morgens	mittags	abends	nachts		Datum	HZ Arzt	Tropfen	morgens	mittags	abends	nachts

Datum	HZ Arzt	Spritzen (s.c./i.m)	morgens	mittags	abends	nachts		Datum	HZ Arzt	Bedarfsmed. (mit Indikation)	Einzeldosierung	max. Dosierung

Frau/Herr: _____

geb.am: _____

vertreten durch: _____

wurde heute eingehend zur Finanzierung des Heimaufenthaltes beraten. Die vorvertraglichen Informationen habe ich erhalten, des Weiteren wurde auf folgende Punkte hingewiesen:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Die Höhe der monatlichen Heimkosten wurden mir erläutert, siehe auch Übersicht „Heimentgelte“
- ☐ Das Heimentgelt wird am Monatsanfang rückwirkend berechnet
- ☐ Die Erteilung eines SEPA-Lastschrift Mandates ist gewünscht
- ☐ Die Rentenüberleitung an die Einrichtung ist gewünscht, im Zusammenhang mit einer Kostenübernahme durch Sozialhilfeträger ist dies unbedingt erforderlich. Ein Nachweis ist zu erbringen.
- ☐ Ein Zahlungsverantwortlicher bzw. Rechnungsempfänger wird benannt
- ☐ Der Antrag auf vollstationäre Versorgung muss bei der Pflegekasse gestellt werden
- ☐ Bei einem Antrag auf Sozialhilfe ist zu beachten, dass die Renten bzw. die durch den Sozialhilfeträger festgelegten Einkommen vollständig an die Einrichtung zu zahlen sind. Bei den Renten ist der Zahlungsrhythmus zu prüfen, diese werden in der Regel zu Beginn eines Monats im Voraus gezahlt.
- ☐ Ich bestätige, dass am _____ ein Antrag zwecks Übernahme der ungedeckten Heimkosten beim Sozialamt gestellt wurde.

Falls Leistungen der Kurzzeit-/Verhinderungspflege vor der vollstationären Pflege in Anspruch genommen werden:

- ☐ Die Rechnungen der Kurzzeit- und Verhinderungspflege werden dem Gast vollständig in Rechnung gestellt, solange kein Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse vorliegt.
- ☐ Die Pflegekasse übernimmt entsprechend § 42 SGB XI bei PG 2-5 maximal die pflegebedingten Aufwendungen inkl. Ausbildungsbetrag und Ausbildungszuschlag bis zu einem maximalen Betrag von von 1.854 € (Kurzzeitpflege) und falls vorhanden 1.685 € (Verhinderungspflege), insgesamt max. bis zu 3.539 € im Kalenderjahr.
- ☐ Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung und Investitionskosten sind vom Gast selbst zu zahlen
- ☐ Sollten Ansprüche aus dem Entlastungsbetrag (131 €/monatl.) nach § 45 b SGB XI vorhanden sein, können Sie diese bei der Pflegekasse durch Einreichung der Rechnung und einem Zahlungsnachweis beantragen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer miteinschließt

QMH 1.2 Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: AG Heimeinzug	Verantwortet von: GL	Freigabe am: 18.09.2024 Inkrafttreten am: 01.01.2025
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------	---

Umgang mit der Nutzung von Sprachassistenten in Zimmern der Bewohnerin bzw. des Bewohners

Sprachassistenten (zum Teil auch mit Kamera) können pflegebedürftigen Menschen im täglichen Umgang Hilfestellung geben. Hierzu müssen Sprachassistenten ständig zuhören, damit sie auf Sprachkommandos reagieren können.

Dabei muss beachtet werden, dass Sprachassistenten personenbezogene Daten verarbeiten, wie z.B. die Stimme verbunden mit der jeweiligen Information. Daher betrifft die Installation von Sprachassistenten in den Bewohnerzimmern den Beschäftigtendatenschutz, so dass der Arbeitgeber sicherstellen muss, dass der Einsatz von Sprachassistenten im Einklang mit den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erfolgt.

Für den Fall der Nutzung von Sprachassistenten im jeweiligen **Zimmer der Bewohnerin bzw. des Bewohners** gilt Folgendes:

1. Die Einrichtung ist vor der Installation über den geplanten Einsatz von Sprachassistenten zu informieren, so dass eine entsprechende datenschutzkonforme Information der Mitarbeiter erfolgen kann.
2. Wenn die Bewohnerin bzw. der Bewohner den Sprachassistenten in ihrem/seinem Zimmer platziert und nutzt, ist die Pflegeeinrichtung nicht mehr verantwortliche Stelle. Die Bewohnerin bzw. der Bewohner benötigen daher von jeder Person, die den Raum betritt, eine explizite Einwilligung.
3. Zur Umsetzung muss an die Zimmertür von außen ein Schild angebracht werden, welches daraufhin weist, dass Sprachassistenten zum Einsatz kommen und eine Einwilligung erforderlich ist.
4. Erteilt die dritte Person ihre Einwilligung nicht, ist der Sprachassistent mit allen Funktionen abzuschalten. Sofern eine Abschaltung nicht erfolgt, können die entsprechenden Pflege- oder sonstigen Leistungen nicht durchgeführt werden. Schadensersatzansprüche bzw. Kürzungsansprüche des Bewohners sind ausgeschlossen.
5. Eine Platzierung und Nutzung von Sprachassistenten in den Gemeinschaftsräumen ist unzulässig.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Bewohnerin/Bewohner

.....
(Unterschrift rechtliche
Betreuerin/rechtlicher Betreuer oder
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

QMH 1.2 Änderungsstatus: 0	Bearbeitet von: AG Heimeinzug	Verantwortet von: GL	Freigegeben am: 16.12.2024 Inkrafttreten am: 01.01.2025	
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--	--

„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?



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:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Normalkost

☐ Brötchen (____)
☐ Roggenbrötchen (____)
☐ Vollkornbrötchen (____)

☐ Graubrot (____)
☐ Weißbrot (____)
☐ Vollkornbrot (____)

☐ Mag nicht: _____
_____ | ☐ Diabetiker
☐ Zwischenmahlzeit

☐ Marmelade
☐ Honig
☐ Nutella
☐ Wurst
☐ Käse
☐ Butter
☐ Margarine
☐ Becel
☐ Mag nicht: _____
_____ | ☐ Brot/Brötchen geschmiert
☐ Brot ohne Kruste

☐ Quark
☐ Joghurt
☐ Brei
☐ Obst
☐
☐ Kaffee
☐ Tee
☐ Schnabelbecher
☐ Mag nicht: _____
_____ |
|---|--|--|

Mittagessen:

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Normalkost
Portionsgröße:
Mittagessen passiert:
Fleisch:
Besondere Vorlieben: _____

Mag überhaupt nicht: _____
_____ | ☐ Diabetiker
☐ ½
☐ nein
☐ normal | ☐ Schonkost
☐ 1
☐ ja
☐ passiert
☐ geschnitten |
|--|---|--|

Abendessen:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Normalkost

☐ Graubrot (____)
☐ Weißbrot (____)
☐ Vollkornbrot (____)

☐ Mag nicht: _____
_____ | ☐ Diabetiker
☐ Zwischenmahlzeit
☐ Wurst

☐ Käse
☐ Butter
☐ Margarine
☐ Becel
☐ Mag nicht: _____
_____ | ☐ Brot geschmiert
☐ Brot ohne Kruste
☐ Joghurt

☐ Brei
☐ Obst

☐ Tee
☐ Kakao
☐ Schnabelbecher
☐ Mag nicht: _____
_____ |
|---|--|--|

Besteht eine Lebensmittelallergie? ☐ nein ☐ ja, welche: _____

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:

 **MARIEN
APOTHEKE
DR. SCHLAGS**
Hauptstraße 6 56299 Ochtendung
Tel: 026 25-7300 Fax: 026 25-7824
info@schlags-apotheke.de www.schlags-apotheke.de

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

Zahlungsempfänger:

Firma: cusanus Trägergesellschaft Trier mbH
Straße und Hausnummer: Friedrich-Wilhelm-Str. 32
PLZ und Ort: 54290 Trier
Altenhilfe-Einrichtung: Alten- und Pflegeheim *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 Lastschrift-einzug 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 ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Ort, Datum _____

Unterschrift/en _____

* Im Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die selbstverständlich alle Geschlechter immer miteinschließt

QMH 1.2 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: AG Heimeinzug	Verantwortet von: GL	Freigabe am 18.09.2024 Inkrafttreten am: 01.01.2025
-------------------------------	----------------------------------	-------------------------	--

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 Kurzzeitpflege 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 Pfl egeteam
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

Informationen zur Wäscheversorgung

Name, Vorname der Bewohnerin / des Bewohners

Wohnbereich

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben möchten wir Ihnen einige Hinweise für die Versorgung ihrer privaten Wäsche in unserer Einrichtung geben.

1. Die Wäscheversorgung findet ab dem 01.10.2024 durch den externen Wäschedienstleister CWS Healthcare Deutschland GmbH & Co. KG statt.
2. Die Wäsche sollte pflegeleicht und Trocknerbeständig sein.
3. Handwäsche wird nicht angeboten.
4. Die Chemische Reinigung muss extra bezahlt werden.
5. Alle Kleidungsstücke müssen mit einem Barcode der Wäscherei gekennzeichnet sein und werden in personenbezogenen Wäschesäcken abgeworfen.
6. Die Einrichtungspauschale ist für „Bestandsbewohner“ kostenlos.
7. Die Einrichtungspauschale für neue Bewohner beträgt einmalig 52,45 €.
8. Für Kurzzeitpflege-Gäste können wir das Waschen der Kleidung nicht übernehmen.
9. Die Menge der mitzubringenden Kleidung richtet sich nach den persönlichen Bedürfnissen und dem Gesundheitszustand. Bitte bedenken Sie, dass der Rücklauf der Wäsche eine Woche dauert.
10. Weitere Informationen entnehmen Sie dem Flyer „Merkblatt Bewohnerwäsche“ der CWS Healthcare Deutschland GmbH & Co. KG, der in Ihrer Einrichtung einzusehen ist.
11. Mit Ihrer Unterschrift wird anerkannt, dass die Kleidungsstücke der oben genannten Bewohnerin /des Bewohners, an die Wäscherei CWS Healthcare Deutschland GmbH & Co. KG weitergeleitet werden darf, um diese mit dem Barcode-Etikett kennzeichnen zu lassen. Dies gilt auch für die Kleidungsstücke, die im Laufe der Zeit nachgekauft werden.
12. Gleichzeitig wird anerkannt, dass die persönlichen Daten an die externe Wäscherei CWS weitergeleitet werden dürfen, die für die Kennzeichnung benötigt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner(in)

Unterschrift Betreuung/Angehörige

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?

☐	Empfehlung von
☐	Guter Ruf der Einrichtung
☐	Anzeige in
☐	Hausprospekt erhalten von
☐	Arzt
☐	Sozialdienst/Krankenhaus
☐	BeKo-Stelle
☐	Sozialstation
☐	Ambulanter Pflegedienst
☐	Sonstiges

Vielen Dank!

ABMELDUNG VOM RUNDFUNKBEITRAG

für Bewohner einer Pflegeeinrichtung oder Einrichtung für Menschen mit Behinderung

Ich melde meine Wohnung/mein Zimmer ab, da ich

- ☐ in einer Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung wohne.
- ☐ in eine Pflegeeinrichtung/Einrichtung für Menschen mit Behinderung umziehe.

Die vollständige Aufgabe meiner Wohnung erfolgt zum

T T · M M · J J J J

- ☐ Frau ☐ Herr

Beitragsnummer _____

Nachname

Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Bitte geben Sie hier die Adresse Ihrer angemeldeten Wohnung/Ihres Zimmers an.

Straße/Hausnummer

PLZ / Ort

Datum / Ort

Unterschrift des Beitragszahlers oder Bevollmächtigten

Bestätigung der Einrichtung

Die oben genannte Person ist in einem Zimmer der vollstationären Pflege untergebracht.

Name der Pflegeeinrichtung

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

- ☐ Unsere Einrichtung ist zur vollstationären Pflege durch Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI zugelassen.
- ☐ Unsere Einrichtung ist zur vollstationären Pflege durch Vereinbarung mit dem Träger der Sozialhilfe nach § 75 Abs. 3 SGB XII zugelassen.

Datum / Ort

Stempel/Unterschrift der Einrichtung

Ansprechpartner/in der Einrichtung für Rückfragen (beide Angaben freiwillig):

Telefonnummer

Ansprechpartner/in

Bitte senden Sie die Abmeldung an ARD ZDF Deutschlandradio, Beitragsservice, 50656 Köln oder per Fax an 018 59995 0105 (6,5 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz, abweichende Preise für Mobilfunk)

Bei Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der verstorbenen versicherten Person

**Deutsche
Rentenversicherung**

Zuständigen Rentenversicherungsträger bitte eintragen

Name				Vorname (Rufname)				
Namenszusatz (Beispiel: Freifrau, Graf)			Vorsatzwort zum Namen (Beispiel: von, van, de)			Titel (Beispiel: Prof. Dr. med.)		
Geburtsname						Geburtsdatum		
Straße, Hausnummer						telefonisch tagsüber zu erreichen (Angabe freiwillig)		
Adresszusatz						Telefax (Angabe freiwillig)		
Postleitzahl		Wohnort						

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)

Bei Hinterbliebenenrente:
Versicherungsnummer der verstorbenen versicherten Person

2 Zahlungsweg

Die Zahlung soll auf folgendes Konto überwiesen werden (IBAN siehe Kontoauszug oder Girocard / EC-Karte):	
IBAN (International Bank Account Number)	
D E	
Geldinstitut (Name)	
kontoinhabende Person, sofern von der berechtigten Person abweichend (Name, Vorname, Anschrift)	

Falls der Name der kontoinhabenden Person nicht mit dem der berechtigten Person (siehe Ziffer 1) übereinstimmt, bitte auch Ziffer 3 ausfüllen.

Datum, Unterschrift der berechtigten Person

3 Bestätigung der Unterschrift der berechtigten Person (Nur ausfüllen, wenn der Name der kontoinhabenden Person nicht mit dem der berechtigten Person übereinstimmt.)

Für die Überweisung von Beträgen auf das Konto einer Vertrauensperson (zum Beispiel Ehegatte, Elternteil oder eine andere Person) muss die berechtigte Person hier ihre zuvor geleistete **Unterschrift bestätigen lassen**. Die Unterschrift kann von dem Geldinstitut, das das Konto führt, oder von einer zur Führung eines öffentlichen Siegels berechtigten Person oder Stelle bestätigt werden.

Die Bestätigung der Unterschrift ist nicht erforderlich bei Überweisung auf ein Gemeinschaftskonto, das auch auf den Namen der berechtigten Person lautet.

Es wird bestätigt, dass die berechtigte Person die zuvor geleistete Unterschrift als von ihr vollzogen anerkannt hat.

berechtigte Person (Name, Vorname)	
☐ Die berechtigte Person ist mir persönlich bekannt.	
☐ Die berechtigte Person hat sich ausgewiesen durch:	
Art und Nummer des Ausweises	
ausgestellt (Behörde, Datum)	
_____ Dienststempel, Unterschrift der bestätigenden Person _____ Ort, Datum	