

Leitfaden stationäre Aufnahme

Um eine reibungslose Aufnahme in der stationären Pflege (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Vollstationäre Pflege) in unserem Haus zu gewährleisten, benötigen wir folgende Unterlagen von Ihnen.

- Ärztlicher Fragebogen vom Hausarzt oder dem Krankenhaus ausgefüllt
- Anmeldung (vollständig ausgefüllt)
- Pflegegradnachweis
- Kopie von Patientenverfügung, Vollmachten oder Betreuerausweis, Schwerbehindertenausweis, Krankenkarte
- Zuzahlungsbefreiung
- Aktuelles Medikamentenblatt
- **Zum Einzug Medikamente mindestens für 3 Tage mitbringen**
- Kopie Kontoauszug, Sparbuch ect. (Nachweis, dass der Eigenanteil getragen werden kann)
- Kostenzusage der Krankenkasse
- Apothekenvereinbarung
- Corona-Test

Zusätzlich bei Sozialhilfeempfängern

- Rentenbescheid
- Sozialhilfebescheid

Aufnahme im Behütenden Wohnbereich

- Richterlicher Beschluss zur Unterbringung

Bitte vergessen Sie nicht den Antrag für die Kurzzeit- und, oder Verhinderungspflege bei Ihrer Krankenkasse zu stellen.

Krankenkasse (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

Name der Kasse, Anschrift

Versicherungsnummer

Beihilfe Ja Nein

Hausarzt

Name, Anschrift

Telefon

Monatliches Einkommen

Art des Einkommens

zahlende Stelle

Betrag €

Art des Einkommens

zahlende Stelle

Betrag €

Art des Einkommens

zahlende Stelle

Betrag €

Kosten (muss verbindlich ausgefüllt werden)

a) restliche Kostenerstattung

Selbstzahler

Sozialhilfe Antrag wurde gestellt am _____ wird gestellt am _____

b) Verantwortlich für die Begleichung der Kosten, die durch die Pflegekasse (Sozialhilfe) nicht gedeckt sind und Rechnungsempfänger ist:

der zukünftige Bewohner

der Hauptansprechpartner

Die Appartement-/Heimkosten werden aufgebracht durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)

das oben angeführte Einkommen

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: € _____

Zahlungen von _____

Gewünschtes Appartement im Bereich des selbstständigen Wohnens

ca. 24 m² Einzel-

ca. 31 m² Einzel-

ca. 48 m² Doppel-Appartement

Gewünschter Einzugstermin: _____

Geplanter Aufenthaltszeitraum im Falle der Pflege Tagespflege

von _____ bis _____

Art des Pflegeaufenthalts

vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege

Tagespflege

Gewünschtes Zimmer im Wohnbereich Pflege (unbedingt angeben)

- ca. 26 m² Einzel- * (WB III) ca. 17 m² Einzel-** (WB I, II, IV u. VI)
 ca. 17 m² Einzel- *** (St. I-VI) ca. 28 m² Doppelzimmer ca. 17 m² Einzel- (Sozialhilfe)

* Komfortzuschlag - 18,41€ p.T.

** Komfortzuschlag - 25,00 € p.T.

*** Komfortzuschlag - 30,00 € p.T.

- Zimmer im Behüteten Wohnbereich, ca. 26 m² Doppelzimmer
 Telefon gewünscht

Wäscheservice

- wir waschen selbst
 Wäsche wird vom Haus gewaschen (bei Kurzzeitpflege)
 Wäsche wird von der Firma Stanglmeyer gewaschen (bei Vollstationärer Aufnahme)

Antragsteller für den Aufzunehmenden

Name, Anschrift _____
Telefon

in welcher Eigenschaft

Pflegegrad lt. MDK (falls vorhanden, Zutreffendes ankreuzen)

- I II III IV V
 keine Pflegegrad beantragt am: _____

- ✓ **Ich versichere, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechen.
Ich habe die Checkliste gelesen und verstanden
Bei Aufnahmen am Freitag, Samstag und Sonntag ist darauf zu achten, dass
Medikamente für 3 Tage mitzugeben sind.**

Ort, Datum

Unterschrift

**Falls Sie diese Anmeldung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr aufrechterhalten wollen,
bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen.**

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

- Ist der Patient geh-fähig? ja nein
- Ist der Patient steh-fähig? ja nein
- Ist der Patient bettlägerig? ja nein Falls ja, ständig? ja nein
- Stuhlinkontinenz? ja nein Magensonde? ja nein
- Harninkontinenz? ja nein Katheter? ja nein
- Fremder Hilfe bedürftig beim

- Essen Waschen
- Ankleiden Frisieren
- Aufstehen aus dem Bett Lagern zur Nachtruhe
- Benutzen der Toilette Mobilisieren

In Form von Anleitung teilw. Übernahme vollst. Übernahme

Örtlich orientiert? ja nein nicht immer

Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer

Unruhezustände tags/nachts? ja nein nicht immer

Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich

Weglaufgefährdung? ja nein

Gefährliche Eigenschaften? nein ja, folgende: _____

Suchtkrankheiten? nein ja, folgende: _____

Körperliche Behinderung? nein ja, folgende: _____

Geistig-seelische Behinderung nein ja, folgende: _____

oder Störung? _____

Ansteckende Krankheiten? nein ja, folgende: _____

(auch Tbc, MRSA) Diagnose: _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

Ich entbinde den Arzt von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Stempel und Unterschrift des Arztes



Erklärung über die Versorgung mit Medikamenten

Name: _____ Vorname _____ geb. _____

Hiermit erteile ich dem Heimträger den Auftrag, meine Versorgung mit Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen des Heimes sicherzustellen, und beauftrage dazu die vom Heim ausgewählte Versorgungsapotheke gemäß §12a ApoG. Die Apotheke erstellt für evtl. anfallende Kosten eine monatliche Rechnung, die durch Einzugsermächtigung abgerechnet wird.

Das Heim ist bevollmächtigt, meine Arzneimittel für mich entgegenzunehmen. Mein Eigentum am eigenen Medikament bleibt dadurch unangetastet. Meine Medikamente werden vom Heim bzw. der Apotheke lediglich für mich verwahrt (§930 BGB).

Ich wurde darüber informiert, dass die heimversorgende Apotheke zusätzliche Leistungen anbietet, die auf die Erkennung arzneimittelbezogener Probleme sowie auf die Optimierung meiner Arzneimitteltherapie ausgerichtet sind; im Rahmen dessen bietet die Apotheke mit der Bewohner-individuellen Verblisterung die qualitätsgesicherte Bereitstellung der einzelnen Tagesdosen in Blistern an. Ich bin damit einverstanden, dass meine individuelle Medikamentenversorgung, soweit möglich, in Form der individuellen Verblisterung erfolgt.

Mit dem dem Aufdruck meines Fotos auf den Wochenblistern zur Erleichterung der Zuordnung bin ich einverstanden _____ / nicht einverstanden _____ (bitte ankreuzen).

Für die o.a. Aufgaben ist es notwendig, personen- und gesundheitsbezogene Informationen sowie Angaben zu meiner Medikation zu speichern. Die Heimleitung wird beauftragt, alle erforderlichen Daten für meine ordnungsgemäße Versorgung an die heimversorgende Apotheke weiterzuleiten, damit diese mich optimal beraten, bei Bedarf Rücksprache mit dem Arzt halten und das verantwortliche Heimpersonal bei der Arzneimittelanwendung unterstützen kann.

Meine Daten und Angaben dürfen ausschließlich zu oben genannten Zwecken genutzt und verarbeitet werden, eine Weitergabe persönlicher Daten ist allen Personen, die im Rahmen der Durchführung dieser Vereinbarung mit meiner Medikamentenversorgung befasst sind, strikt untersagt.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche Daten gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Diese Erklärung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum

Unterschrift Bewohner/in

evtl. Unterschrift Betreuer/in



ANTONIUS-APOTHEKE

APOTHEKERIN ANDREA WÖLFLE

Johann-Sebastian-Bach-Straße 8
85591 Vaterstetten

Telefon: 08106 1270
Telefax: 08106 34263

kontakt@antonius-apotheke.de

Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich, _____ die Antonius-Apotheke in Vaterstetten, die von mir monatlich zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Antonius-Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:	
Bank:	
BIC:	IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter

Abweichende Rechnungsadresse

Ich, (Name) _____ bitte darum, dass meine Rechnung an folgende Adresse gesendet wird:

Name:	Vorname:	
Straße:		Hausnummer:
PLZ:	Ort:	

Checkliste zum Einzug in die Kurzzeitpflege (Gast / Bevollmächtigter)

Zum Einzug in unsere Kurzzeitpflege werden folgende Unterlagen sowie persönliche Dinge benötigt:

Vor dem Einzug

Ohne diese Unterlagen ist ein Einzug nicht möglich!

- Anmeldebogen zum Einzug in die Kurzzeitpflege
- Ärztlicher Fragebogen (Stempel u. Unterschrift des Arztes)
- Aktuelle Medikamentenanordnung sowie eine Verordnung bei Wundversorgung (einschließlich Bedarfsmedikation und Anordnung zur Bedarfsindikation) des Hausarztes mit Stempel und Unterschrift.
- Kopie des Einstufungsbescheides der Pflegekasse (Pflegegradnachweis)
- Kopie der Patientenverfügung, Vollmachten oder Betreuerausweis
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- vollständig ausgefüllte Apothekenvereinbarung
- Vermögensnachweis (Kopie Kontoauszug/Sparbuch o.Ä.)
- Wichtig:** Antrag auf Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege bei der Pflegekasse stellen
- Erklärung der Pflegekasse zur Kostenübernahme mitbringen (eventuell nachreichen)

Am Tag des Einzuges

Wichtige Unterlagen/Medikamente und Sicherstellung der medizinischen Versorgung (abzugeben auf dem Wohnbereich)

- Personalausweis (Kopie)
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, ggf. Mitbehandlungsschein Hausarzt
- Sicherstellung der Therapien: Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, usw.

Zutreffendes bitte mitbringen:

- Verbandmaterial
- Ausreichende Menge Medikamente für die Dauer des Aufenthaltes. Bitte in Originalverpackung einschließlich Anwendungsinformationen.
- Marcumar-Pass
- Geld für Friseur/Fußpflege (Bargeldlose Begleichung der Rechnung ist nicht möglich.)

Hygieneartikel

- Kulturtasche

- Zahnbecher, Prothesenbecher
- Zahnbürste und Zahncreme
- Mundwasser bei Bedarf
- Bürste, Kamm
- Shampoo
- Wasch- und Körperlotion
- Gesichtscreme
- Rasierapparat, Rasierwasser
- Nagelpflegeset

Bekleidung

- Tageskleidung auch für bettlägerige Menschen
- Unterhosen und Unterhemden
- Nachthemden/Schlafanzüge
- Persönliche Garderobe (je nach Jahreszeit) Socken, Blusen, Hemden, Hosen, Strickjacke, Mantel, Schirm, Handschuhe, Schal, Mütze etc.-Bademantel-Hausschuhe (möglichst mit Halteriemen)
- offene/feste Schuhe

Zutreffendes bitte mitbringen:

Hilfsmittel

- Brille/Lesebrille-Hörgerät/Ersatzbatterie/Ladegerät
- Gehstock
- Rollator/ Rollstuhl
- Blutzuckermessgerät und Messstreifen
- ausreichend Inkontinenzartikel
- Absprache der Einweisung durch Sanitätshaus bei Sauerstoffgerät, PEG usw.
- kleiner Wäschekorb, wenn die Wäsche während der Kurzzeitpflege im Hause gewaschen werden soll

Freizeitgestaltung

- Bücher
- Rätselhefte
- Zeitschriften
- TV, Radio, CD-Player und CD`s-Telefonnummern für Gast

**Bitte keine größeren Summen Bargeld, Schmuck oder Wertgegenstände mitbringen.
Wir können hierfür keine Haftung übernehmen.**

Vaterstetten, 26.05.2020

Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte Angehörige,

wir freuen uns, dass Sie sich für einen Einzug in unsere Einrichtung interessieren. Menschen, die in unserer Einrichtung leben, gehören zur Gruppe, die eines besonderen Schutzes bedürfen. Aus diesem Grund gelten besondere Regelungen zur Aufnahme. Sollten Sie 14 Tage vor geplantem Einzug Anzeichen einer Atemwegserkrankung, eines fieberhaften Infektes oder gastrointestinale Symptome (Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Durchfall) haben oder Kontakt zu einer mit dem SARS-CoV-2-Virus infizierten und/oder an diesem Virus erkrankten Person, müssen Sie uns darüber informieren und sich mit Ihrem Hausarzt in Verbindung setzen. Die Aufnahme in die Einrichtung muss dann bis zur Klärung, ob eine SARS-CoV-2-Infektion vorliegt, verschoben werden.

Um das Infektionsrisiko für die Bewohnerinnen und Bewohner, die schon in unserer Einrichtung wohnen zu minimieren und um Ihnen die Eingewöhnungszeit so angenehm wie möglich zu gestalten, sind besondere Verhaltensweisen, bestenfalls für einen Zeitraum von 14 Tagen vor dem Einzug, notwendig.

Folgendes ist für zukünftige Bewohnerinnen und Bewohner wichtig:

- Wir bitten Sie, Ihre Häuslichkeit in dem Zeitraum vor Ihrem Einzug nur bei triftigen Gründen (z. B. Arztbesuch) zu verlassen, um Kontakte zu weiteren Personen, außerhalb Ihres Hausstands auf ein Minimum zu reduzieren. Bewegung an der frischen Luft ist möglich, wenn die Abstandsregel von 1,5 m eingehalten werden kann.
- Wir bitten Sie, Besuche in Ihrer Häuslichkeit auf das Notwendigste zu reduzieren. Sollten Sie dennoch Besuch empfangen, ist dieser, wenn möglich, ins Freie zu verlagern und es ist ganz besonders auf den Mindestabstand von 1,5 m zu achten. Wenn möglich sollte eine geeignete Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden.
- Teilen Sie Haushaltsgegenstände, wie z. B. Geschirr und Wäsche (v.a. Handtücher) nicht mit anderen Personen, ohne diese Gegenstände zuvor zu reinigen.
- Säubern Sie regelmäßig mit Haushaltsreiniger Oberflächen und Gegenstände, mit denen Sie in Berührung (Handkontakt durch Besucher) kommen.
- Lüften Sie regelmäßig Küche, Bad sowie die Wohn- und Schlafräume.
- Achten Sie auf eine sorgfältige Händehygiene: Häufiges Händewaschen (30 Sekunden mit Wasser und Seife, anschließend gründliches Abspülen), insbesondere vor dem Essen und nach dem Toilettengang.
- Halten Sie Hände aus dem Gesicht fern, insbesondere von Mund, Augen und Nase.
- Reinigen Sie bitte unmittelbar vor Einzug sorgfältig Ihre Pflegehilfsmittel, wie Rollatoren, Inhalationsgeräte u.a.m.

Folgendes ist für Personen desselben Hausstands zusätzlich wichtig:

- Beachten Sie bitte die Husten- und Nies-Etikette: Verwendung von Einmal-Taschentüchern auch zum Husten und Niesen, alternativ Niesen oder Husten in die Ellenbeuge.
- Halten Sie bitte bei Kontakt zu Personen außerhalb Ihres Hausstands konsequent den Mindestabstand von 1,5 m ein und/oder tragen Sie eine Mund-Nasen-Bedeckung.

Ich habe die allgemeinen Informationen zur Kenntnis genommen:

Datum und Unterschrift

LEISTUNGEN

Kurzzeitpflege / Wohnbereich Pflege / Behüteter Wohnbereich

Entgelte		Kurzzeitpflege		WB Pflege	
Grundentgelt pro Person; Pflegegrad I	täglich	€	88,62	€	85,66
Grundentgelt pro Person; Pflegegrad II	täglich	€	136,31	€	102,53
Grundentgelt pro Person; Pflegegrad III	täglich	€	136,31	€	118,70
Grundentgelt pro Person; Pflegegrad IV	täglich	€	136,31	€	135,57
Grundentgelt pro Person; Pflegegrad V	täglich	€	136,31	€	143,13
Zuschlag für ein-Komfort - Einzelzimmer	täglich	Altbau, san. Altbau Neubau		€	18,41 € 25,00 € 30,00
monatl. Zuzahlung der Pflegekasse, Pflegegrad I	derzeit		€	125,00	€ 125,00
monatl. Zuzahlung der Pflegekasse, Pflegegrad II	derzeit		€	1.612,00	€ 770,00
monatl. Zuzahlung der Pflegekasse, Pflegegrad III	derzeit		€	1.612,00	€ 1.262,00
monatl. Zuzahlung der Pflegekasse, Pflegegrad IV	derzeit		€	1.612,00	€ 1.775,00
monatl. Zuzahlung der Pflegekasse, Pflegegrad V	derzeit		€	1.612,00	€ 2.005,00

Im Entgelt enthaltene Leistungen

- Pflegeleistung entsprechend der Pflegebedürftigkeit rund um die Uhr
- Wohnen einschließlich Vollverpflegung
- Allgemeine Betreuung
- Regelmäßige Reinigung des Zimmers und der sanitären Anlagen
- Strom, Heizkosten, Kalt- und Warmwasserverbrauch
- Maschinelles Waschen der persönlichen Kleidung
- Bereitstellung der Bettwäsche, Handtücher, Waschhandschuhe
- Nutzung der Gemeinschaftsräume und Teilnahme an internen Veranstaltungen
- Telefongespräche innerhalb des Hauses, Informationen und Auskünfte

Nachfolgende Leistungen können auf Wunsch gegen Aufpreis in Anspruch genommen werden:

- Telefon Flatrate (18,00 € pro Monat)
- Chemische Reinigung der persönlichen Wäsche (separate Preisliste)
- Bereitstellung der Pflegemittel (Zahncreme, Shampoo, etc – separate Preisliste)
- Nutzung eines Handnotrufes (14,99 € pro Monat)

Weitere Auskünfte erteilen Ihnen jederzeit gerne die MitarbeiterInnen unserer Verwaltung.

Stand 05/2020 (Änderungen vorbehalten)