

Informationen rund um die - Heimaufnahme -

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wünschen Ihnen einen guten Tag und bedanken uns für Ihr Interesse an unserer Einrichtung.

Ihre Ansprechpartner im
SENIOREN-WOHN- & PFLEGEHEIM MAYER · PFLEGEZENTRUM GÜL GmbH
sind:

Geschäftsführung/ Einrichtungsleitung:	Songül Gül
Verwaltung: stellv. Einrichtungsleitung:	Susen Kramer (02772 – 57267401)
Pflegedienstleitung:	Christina Schröder (02772 – 57267402)
stellv. Pflegedienstleitung:	Rita Urbasik (02772 – 57267406)
Küchenleitung:	Andreas Berhörster (02772 – 57267405)

Die o. g. Mitarbeiter geben Ihnen gerne zu allen Fragen Auskunft, die in Verbindung mit der zukünftigen Heimaufnahme stehen.

Bei Rückfragen zu **Zimmerbelegungen**, wenden Sie sich bitte an unsere **Pflegedienstleitung und stellv. Pflegedienstleitung**.

Bei allen Fragen rund um die **Abrechnungsabwicklung und den Heimverträgen** wenden Sie sich bitte an **Frau Kramer**.

Unsere Email: info@seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de

Sollte ein zukünftiger Bewohner Schwierigkeiten mit dem Entschluss zur Heimaufnahme haben, empfehlen wir ein „Probewohnen“ im Rahmen der Kurzzeit – und / oder Verhinderungspflege.

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Hier ein hilfreicher Link:
<https://www.pflege.de/altenpflege/kurzzeitpflege/>

Versorgung mit Inkontinenzartikeln während der Kurzzeitpflege

Die Kassen übernehmen während der Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege **nicht** die Versorgung mit Inkontinenz – Artikeln!!! – Diese müssen von zu Hause mitgebracht werden.

Sollten für die Kurzzeit / Verhinderungspflege **keine** Inkontinenzartikel von zu Hause zur Verfügung gestellt werden, wird die Einrichtung **je Versorgungstag 1,75 € in Rechnung stellen.**

Wenn Sie nach dem Lesen der vielen Informationen über das Eine oder Andere noch im Unklaren sind, können Sie gerne einen Gesprächstermin mit uns vereinbaren. – Dieses Gespräch kann auch mit der Besichtigung der Einrichtung verbunden werden.

Sollten Sie danach sich selbst, Ihre/n Angehörige/n oder Ihre/n Betreute/n zur

Heimaufnahme bei uns anmelden wollen, geben Sie uns bitte die vollständig

Ausgefüllte und unterschriebene

- Anmeldung zur Heimaufnahme
- mit allen benötigten Anlagen

zurück.

Sollte dann der gewünschte Heimplatz wegen voller Auslastung nicht sofort zur Verfügung stehen, werden wir Sie umgehend in Kenntnis setzen, wenn wir Ihnen einen Platz anbieten können.

Merkblatt zur Heimaufnahme

Wir benötigen:

1. die vollständig ausgefüllte **Anmeldung zur Heimaufnahme** mit Unterschrift
2. Krankenkassenkarte
3. evtl. Befreiung für Medikamente und Krankenfahrten
4. eine Liste der ständig einzunehmenden Medikamente und Medikamente für mindestens 3 Tage (Medikamentenplan)
5. den neuesten Arzt - oder Krankenhausbericht und evtl. eine ärztl. Mitteilung über Diagnosen.
6. Personalausweis oder eine standesamtliche Urkunde
7. Evtl. Schwerbehindertenausweis
8. Impfausweis
9. Patientenverfügung, Betreuungsverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, **wenn vorhanden**
10. Informationsformular für den Nachtdienst (und Tagdienst)
11. Informationsblatt mit Einverständniserklärung zur „fotografischen Wunddokumentation“
12. Einwilligungserklärung der Glocken-Apotheke, für die Akut-Medikamentenbelieferung
13. Einwilligungserklärung der Lahn-Apotheke Marburg für die Medikamentenverblisterung inkl. Sepa-Formular wenn gewünscht.
14. Einwilligungserklärung „Homedent“ mobiler Zahnarzt
15. Einzugsermächtigung zum Einzug der Heimentgelte
16. Falls ein Sozialhilfeantrag gestellt werden muss:
- Wenden Sie sich bitte an das für Sie zuständige Sozialamt.

Denken Sie daran, Ihre Rundfunkgeräte um- bzw. abzumelden!

Wir empfehlen:

o Wir empfehlen Ihnen den Abschluss einer Haftpflichtversicherung, da der Bewohner im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften für alle von ihm schuldhaft verursachten Sach- und Personenschäden haftet. Für Menschen mit Demenz bieten Versicherungen Verträge mit sog. Deliktunfähigkeits-Klauseln an. Bitte überprüfen Sie vorhandene Verträge auf diese Klausel oder schließen Sie eine solche ab

o Hinsichtlich der vom Bewohner eingebrachten Gegenstände wird außerdem der Abschluss einer Hausratsversicherung empfohlen.

Wäscheversorgung:

KZP/VHP:

Die Bekleidung muss durch die Angehörigen/Betreuer abgeholt und gewaschen werden! Sollte Ihnen dies nicht möglich sein, werden wir die Kleidung in eine externe Reinigung geben und Ihnen die entstandenen Kosten in Rechnung stellen.

Vollstationäre Pflege:

Die gesamte Bekleidung wird durch unser Haus „kostenlos“ mit gepatchten Namensetiketten versehen, da diese von einer externen Wäscherei gewaschen werden!

(Neue Bekleidung immer in einem verschlossenen Beutel mit Namen versehen in der Verwaltung abgeben)

Unbedingt darauf achten, dass die Kleidung **pflegeleicht**, bequem und **Vollwaschbar 60 °C** sowie **trocknergeeignet** ist.

Bitte **keine** Kleidungsstücke aus **Wolle** oder **Seide**.

Dies ist ein grober Vorschlag für die Wäscheversorgung im Zeitraum von 14 Tagen.

Kleidung	Vorschlag	
Unterhemden	15	
Unterhosen	15	
BH	5	
Socken	15	
Nachthemd/Schlafanzug	10	
T-Shirt Kurz	10	
Blusen/Hemden	5	
Shirts langarm	10	
Bequeme Hosen	10	
Strickjacke/Sweatjacke	2	
Jacke	1 Winter/Sommer	



Senioren-Wohn & Pflegeheim Mayer
Pflegezentrum Gül GmbH
 Storchenweg 6, 35764 Sinn
 Telefon: 0272-572670
 Telefax: 02772-57267495
 Email: info@seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de
 Homepage: www.seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de

Heimentgelte Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Stand: 01.01.2024

Berechnungsgrundlage = 30,42 Tage

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegesatz	Täglich 52,31 €	Täglich 74,44 €	Täglich 90,62 €	Täglich 107,48 €	Täglich 115,04 €
Ausbildungszuschlag	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ausbildungsumlagezuschlag (ABUZ)	3,25 €	3,25 €	3,25 €	3,25 €	3,25 €
Unterkunft	14,73 €	14,73 €	14,73 €	14,73 €	14,73 €
Verpflegung*	9,82 €	9,82 €	9,82 €	9,82 €	9,82 €
Investitionskosten*	15,77 €	15,77 €	15,77 €	15,77 €	15,77 €
Gesamttagesatz	95,88 €	118,01 €	134,19 €	151,05 €	158,61 €
Jährlicher Leistungsbetrag der Pflegekasse gemäß § 42 Abs. 2 SGB XI	1.774,00 €	1.774,00 €	1.774,00 €	1.774,00 €	1.774,00 €
Verweildauer in Tagen	23	19	17	15	15

Anmerkung:

Die Pflegekasse übernimmt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5 den Pflegesatz bis zu einem Betrag von 1.774,00 EUR im Kalenderjahr, wobei der Anspruch auf acht Wochen pro Kalenderjahr begrenzt ist (§ 42 Abs. 2 SGB XI). Der Leistungsbetrag kann um bis zu 1.612,00 EUR aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Abs. 1 Satz 3 insgesamt auf 3.386,00 EUR erhöht werden.

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investition hat der Bewohner selbst zu tragen. Ggf. kann zur Übernahme dieser Kosten ein Sozialhilfeantrag gestellt werden!

Hier ein hilfreicher Link:

<https://www.pflege.de/altenpflege/kurzzeitpflege/>



Senioren-Wohn & Pflegeheim Mayer
Pflegezentrum Gül GmbH
 Storchenweg 6, 35764 Sinn
 Telefon: 0272-572670
 Telefax: 02772-57267495
 Email: info@seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de
 Homepage: www.seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de

Heimentgelte vollstationäre Pflege

Stand: 01.01.2024

Berechnungsgrundlage = 30,42 Tage

	Pflegegrad 1		Pflegegrad 2		Pflegegrad 3		Pflegegrad 4		Pflegegrad 5	
	Täglich	Monatlich	Täglich	Monatlich	Täglich	Monatlich	Täglich	Monatlich	Täglich	Monatlich
Pflegesatz	52,31 €	1.591,27 €	74,44 €	2.264,46 €	90,62 €	2.756,66 €	107,48 €	3.269,54 €	115,04 €	3.499,52 €
Pflegekassenanteil	-4,11 €	-125,00 €	-25,31 €	-770,00 €	-41,49 €	-1.262,00 €	-58,35 €	-1.775,00 €	-65,91 €	-2.005,00 €
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)	48,20 €	1.466,27 €	49,13 €	1.494,46 €	49,13 €	1.494,66 €	49,13 €	1.494,54 €	49,13 €	1.494,52 €
Ausbildungszuschlag	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Ausbildungsumlagezuschlag (ABUZ)	3,25 €	98,87 €	3,25 €	98,87 €	3,25 €	98,87 €	3,25 €	98,87 €	3,25 €	98,87 €
Unterkunft	14,73 €	448,09 €	14,73 €	448,09 €	14,73 €	448,09 €	14,73 €	448,09 €	14,73 €	448,09 €
Verpflegung*	9,82 €	298,72 €	9,82 €	298,72 €	9,82 €	298,72 €	9,82 €	298,72 €	9,82 €	298,72 €
Investitionskosten [^]	15,77 €	479,72 €	15,77 €	479,72 €	15,77 €	479,72 €	15,77 €	479,72 €	15,77 €	479,72 €
verbleibender Bewohnereigenanteil	91,77 €	2.791,67 €	92,70 €	2.819,86 €	92,70 €	2.820,06 €	92,70 €	2.819,94 €	92,70 €	2.819,92 €
Gesamtengeit (inkl. Pflegekassenanteil)	95,88 €	2.916,67 €	118,01 €	3.589,86 €	134,19 €	4.082,06 €	151,05 €	4.594,94 €	158,61 €	4.824,92 €

*= bei Bewohner mit Ernährungssonde werden tägl. 4,00 € in Abzug gebracht/zu zahlen derzeit 5,82 € tägl.

[^]= bei Sozialhilfeempfänger werden die Investitionskosten (15,77 €) tägl. um 1,19 € gekürzt = 14,58 €

Gemäß dem "Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung" (GVWG) übernimmt die Pflegekasse zusätzlich einen Leistungszuschlag zu den Pflege- und Ausbildungskosten. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionen werden nicht berücksichtigt. Die Höhe der Zuschüsse bei Pflegegrad 2 bis 5 richtet sich nach dem Zeitraum, indem Leistungen der vollstationären Pflege bezogen werden.

Derzeit beträgt der prozentuale Zuschlag im ersten Jahr der Pflegebedürftigkeit 15 Prozent, ab dem zweiten Jahr 30 Prozent, ab dem dritten Jahr 50 Prozent und ab dem vierten Jahr 75 Prozent des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Anmeldung zur Heimaufnahme



**Storchenweg 6
35764 Sinn**

**Telefon: 02772 572670
Telefax: 02772 57267495**

email: info@seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de

Gewünschte Aufnahme

Zeitpunkt: Schnellstmögliche Aufnahme
 Spätere Aufnahme _____

In: Stationäre Pflege
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Wird ein Beratungsgespräch gewünscht?
 Ja Nein

Vorname

Name / ggf. Geburtsname

Geburtsdatum / Geburtsort

Straße / Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon / Mail

Staatsangehörigkeit früherer Beruf

Familienstand Konfession

Kostenregelung Selbstzahler teilw. Kostenübernahme d. Sozialhilfeträger

Pflege- / Krankenkasse Vers.-Nr. Pflegegrad

Hausarzt (Adresse / Telefon)

Wichtige ärztliche Diagnosen

Betreuer / Bevollmächtigter

Meine nächsten Angehörigen sind:

Verwandtschaftsgrad

Name / Vorname

Straße / Haus-Nr.

Postleitzahl / Wohnort

Telefon / Mail

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift

(Ergänzungen und Notizen ggf. auf dem 2. Blatt vermerken)

Datum

Ergänzungen / Notizen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Information Nachtdienst und Tagdienst (bitte ausgefüllt und Unterscriben zurückgeben)



Bewohner:in _____

wir wissen, dass die folgenden Fragen mitunter seelisch sehr belastend für die Auskunft Gebenden sind. – Und weil sie belastend sind, schiebt man anstehende Gespräche darüber gerne vor sich her. Das wissen wir aus eigener Erfahrung. *Aber wir wollen in jedem Fall im Sinne und nach dem Willen unserer Bewohner und deren Angehörigen handeln!* Aus diesem Grund ist es für uns wichtig, dass Sie uns die folgenden Fragen (deren Beantwortung auch von der Heimaufsicht gewünscht wird) beantworten. – Nur so können wir uns in jedem der unten aufgeführten Fälle korrekt und nach Ihrem Willen verhalten und nach **Ihrem Willen** entscheiden!

Sollte während **der Nacht** eine Krankenhauseinweisung Ihres Angehörigen oder Betreuten nötig sein - sollen wir Sie sofort benachrichtigen, oder wünschen Sie die Mitteilung erst am folgenden Morgen:

- In der Nacht Am folgenden Morgen

Ebenfalls benötigen wir Ihre Anweisung im Falle des Todes Ihres Angehörigen oder Betreuten in **der Nacht**. Sollen wir Sie sofort benachrichtigen oder wünschen Sie die Mitteilung erst am folgenden Morgen:

- In der Nacht Am folgenden Morgen

Sollte sich der Zustand Ihres Angehörigen oder Betreuten so sehr verschlechtern, dass mit ihrem / seinem Ableben zu rechnen ist, ist dann der Besuch eines Pfarrers / Seelsorgers gewünscht?

- ja nein

Sollte dieser Fall eintreten, soll dann von uns ein Bestattungsunternehmen informiert werden – wenn ja welches und wird eine

- Erdbestattung** oder eine **Feuerbestattung** gewünscht?

Zu informierendes Bestattungsinstitut:

.....
.....

Liegt ein Bestattervertrag vor? Wenn ja, bitte Kopie beilegen.

- ja nein

Wichtig bitte ausfüllen: Wer übernimmt die Bestattungskosten? Bitte vollständige Anschrift mit Telefonnummer eintragen:

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Auskunft.

.....
Datum, Unterschrift
Bewohner bzw. Bevollmächtigter/Betreuer

Informationsblatt + Einverständniserklärung "fotografische Wunddokumentation"

Sehr geehrte Bewohner unseres Pflegeheimes,
sehr geehrte Angehörige,

- die Gesundheit unserer Bewohner steht für uns an erster Stelle. Ein wichtiger Baustein dieser Vorsorge ist der Schutz vor Druckgeschwüren. Ein Druckgeschwür (auch Dekubitus genannt) entsteht, wenn über einen längeren Zeitraum Druck auf Hautflächen einwirkt und keine Entlastung der betroffenen Bereiche durch eine Umlagerung des Körpers erfolgt. Besonders anfällig sind alte, schwer kranke und gelähmte Menschen.
- Druckgeschwüre können sich an allen Körperstellen bilden, die nicht durch Muskeln oder Fettgewebe gegen den Druck geschützt sind, wie die Kreuzbeinregion, die Fersen, die Oberschenkel und die Knöchel.
- Um unsere Bewohner wirksam davor zu schützen, haben wir schon vor geraumer Zeit damit begonnen, den "Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege" umzusetzen. Dieses Dokument wurde von führenden Medizinern und Pflegeexperten entwickelt und ermöglicht eine optimale Vorbeugung und eine effektive Behandlung von Druckgeschwüren.
- Darüber hinaus benötigen wir die Einverständniserklärung zur fotografischen Wunddokumentation, für die bestmögliche Versorgung von Wunden jeglicher Art.
- Die Fotos und alle weiteren Daten werden streng vertraulich behandelt. Im Bedarfsfall werden diese an den behandelten Arzt weitergegeben. Sie können diese Aufnahmen auf Wunsch jederzeit einsehen. Für die Erstellung dieser Aufnahmen benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte füllen Sie das Formular aus und geben es an uns zurück. Wenn Sie Fragen haben, steht Ihnen unsere Pflegedienstleitung und Stv. Pflegedienstleitung jederzeit zur Verfügung. Sie können eine erteilte Zustimmung natürlich jederzeit widerrufen.

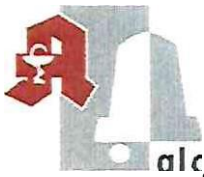
Einverständniserklärung zur „fotografischen Wunddokumentation“

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation geschädigter oder gefährdeter Hautbereiche erstellt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung widerrufen kann. Das Informationsschreiben zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Name des Bewohners _____

ggf. Name des Bevollmächtigten/Betreuers _____

Ort, Datum / Unterschrift _____



Alcglocken-apotheke

Name

_____ ✓

Vorname

_____ ✓

Geburtsdatum

_____ ✓

Krankenkasse + IK-Nummer + Versicherten-Nummer

_____ ✓

Zuzahlungsbefreiung ja Nein bis _____

_____ ✓

Ansprechpartner/Betreuer

Name

_____ ✓

Anschrift gleichzeitig Rechnungsadresse

_____ ✓

Telefon

_____ ✓

Hausarzt des Bewohners

_____ ✓

Datum

_____ ✓

Unterschrift

_____ ✓



Datenschutz

In der Glocken Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es; die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient das Kundenkonto dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

O Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalisch kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen (liegt in der Apotheke aus).

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an die Verantwortlichen (Dr. Gudrun Merz/Dr. Wolfgang Wörner, Tel. 02772-51441 oder Glocken-apo@t-online.de) und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten (A&A Arbeitsschutz GmbH, Z.Hd. Datenschutzbeauftragter, Kölner Str. 76, 41812 Erkelenz, E-Mail: ds-beauftragter@aa-arbeitsschutz.de) wenden.

Glocken Apotheke OHG
Dr. Gudrun Merz Dr.
Wolfgang Wörner
Bahnhofstrasse 3
35764 Sinn

Wichtiges Dokument — bitte unterschreiben und zurück per Post, Fax oder Mail.

Zurück per Post an

Passt so in einen Fensterumschlag

Lahn-Apotheke | Datenschutz

Wilhelmstr. 5-7

35037 Marburg

Alternativ Rückfax 06421-910831 oder
Mail: blisterzentrum@lahn-apotheke.de
Achtung | Beide Seiten !

Einwilligungserklärung unter Beachtung der DS-GVO zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten des Patienten

Die Lahn-Apotheke in Marburg versorgt mich mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren. In diesem

Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Nebenwirkungen, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige Versorgung mit Arzneimitteln und anderen apothekenüblichen Waren werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, für die Versorgung notwendige, Daten zu meiner Person und gesundheitsbezogene Daten zu meinen Erkrankungen und meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den Gesprächen mit mir im Heim, aus Verordnungen oder einem vorhandenen Medikationsplan ergeben. Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grund des Vertrags über die Heimversorgung. Ziel ist es, Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Für den Fall, dass sich Fragen zur Arzneimitteltherapie ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker Kontakt mit dem zuständigen Ansprechpartner des Heims oder seine Vertretung, wie z. B. der Pflegekraft, aufnimmt. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch den Ansprechpartner im Heim bzw. seine Vertretung von der Schweigepflicht.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem/n behandelnden Arzt/Ärzten verordneten Arzneimitteln ergeben, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit diesem/diesen zur Lösung der Probleme Kontakt aufnimmt und ihn/sie über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meine/n Arzt/Ärzte von der Schweigepflicht. Anderen Personen oder Institutionen werden die Daten nicht weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Rezeptverordnungen

Ferner stimme ich zu, dass meine Verordnungen von meinem Arzt, Zahnarzt und Heilpraktiker vorab schriftlich per Fax/e-mail an die Lahn-Apotheke übermittelt werden dürfen. Ich stimme weiterhin ausdrücklich zu, dass meine sämtlichen Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerverordnungen von der Lahn-Apotheke abgeholt, bzw. mit der Post an die Lahn-Apotheke geschickt werden dürfen. Dies kann auch mit Freiumschlägen der Lahn-Apotheke erfolgen



Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform (E-Mail) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung informiert wurde, zur Kenntnis genommen. Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an den Verantwortlichen (Frédéric Gun, Lahn-Apotheke Marburg) und vertraulich an den Datenschutzbeauftragten¹ oder den Landesdatenschutzbeauftragten² wenden.

Angaben zum Patienten

Name:	
	Straße:
	Postleitzahl/Ort:
Geburtsdatum	Telefon*
<hr/>	
Ort, Datum, Unterschrift (ggf. gesetzlicher Vertreter)	

*freiwillige Angaben

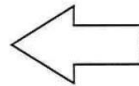
Rückfax an:
06421-910831
Oder per Mail an:
**blisterzentrum@lahn-
apotheke.de**
Achtung ! Beide Seiten !

¹ Raphael Steinbock— sanamedicina, Meißner Str. 27, 01445 Radebeul, e-mail: datenschutz@sanamedicina.de

² Landesdatenschutzbeauftragter, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden, Tel: 0611/14080, Fax: 0611/1408-900, email: poststelle@datenschutz.hessen.de

Einzug per Lastschrift & digitaler Rechnungsversand

Lahn-Apotheke
 Wilhelmstraße 5-7
 35037 Marburg



Passt so in einen Umschlag mit Fenster

Alternativ:

- per E-Mail an buchhaltung@lahn-apotheke.de
- per Fax an 06421-910820

Firma			
Name, Vorname			
Name, Vorname der betreuten Person			
Straße & Hausnummer			
Postleitzahl & Ort			

IMMER AUSFÜLLEN

Ich bin einverstanden mit dem Einzug per Lastschrift von folgendem Konto:

Kontoinhaber (Vorname, Name)						
IBAN						
BIC						

Ich ermächtige/wir ermächtigen die Lahn-Apotheke (Inh. Frédéric Gun e.K.) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der Lahn-Apotheke (Inh. Frédéric Gun e.K.) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

LASTSCHRIFT

Rechnungsversand per E-Mail

Ich möchte alle Rechnungen per Mail an folgende E-Mail-Adresse erhalten:

E-Mail	
--------	--

Ich möchte den elektronischen Rechnungsversand nutzen und willige in die Erstellung ein. Ich willige ein, dass die Apotheke alle an mich gerichteten Rechnungen elektronisch erzeugt und an die unten genannte E-Mail-Adresse versendet. Ich willige daher ein, dass die Apotheke die dazu notwendigen personenbezogenen Daten erhebt und bin darüber informiert, dass eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte nicht erfolgt. 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 erfolgt der Rechnungsversand postalisch. Ein Exemplar der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

E-MAIL



Ort, Datum und Unterschrift



Teilnahme an der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung (Zahnarztbesuch Homedent)

Für: _____

JA, ich möchte ab sofort ebenfalls an den zahnärztlichen
Vorsorgeuntersuchungen durch Homedent teilnehmen.

- Bitte bereiten Sie die Einverständniserklärung für mich vor.
- Bitte informieren Sie meine Angehörigen/meine Betreuung und kontaktieren Sie diese für die Einverständniserklärung.

Datum

Unterschrift

- NEIN**, ich möchte nicht an der angebotenen zahnärztlichen
Vorsorgeuntersuchung teilnehmen.

**Patientenwahlrecht und
Datenschutzrechtliche Einwilligung
Therapiebereich Zahnheilkunde**



Name der Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Name, Vorname Bewohner*in: _____

Geburtsdatum

Krankenkasse inkl. Kassenummer

Pflegegrad

Versichertennummer

- Es besteht eine (gesetzl.) Betreuung? Ja Nein
- Es existiert eine Vorsorgevollmacht? Ja Nein
- Bewohner*in ist selbst einwilligungsfähig
in zahnärztliche Behandlung? Ja Nein

**Bitte Kopie
beifügen!**

Behandlungsinformationen, sowie nach Absprache Rechnungen und Kostenvoranschläge werden gesendet an:

- Bewohner*in (ins Heim) abweichende*r Empfänger*in (Stand zu Pat.: _____)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon, E-Mail

PLZ, Ort

Kurzanamnese

- Ich nehme Bisphosphonate (z.B. bei Osteoporose) Ja Nein unbekannt
- Ich nehme Blutverdünner (z.B. ASS, Marcumar, ...) Ja Nein unbekannt
- Ich habe einen Herzschrittmacher Ja Nein unbekannt

Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.
Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch Homedent (eine Marke der pur:dental Münster MVZ GmbH; Leistungserbringer sind die Purdental MVZ GmbHs) durchführen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in & ggf. Vertreter*in

! Bitte zweite Seite/Rückseite beachten und ausfüllen !

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die pur:dental Münster MVZ GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Kategorien“ nach DSGVO Art. 9 Abs. 1 besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre

Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir, die pur:dental Münster MVZ GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen! Hierzu genügt eine Benachrichtigung an die pur:dental Münster MVZ GmbH (datenschutz-muenster@purdental.de).

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in & ggf. Vertreter*in

www.dentapool.com

Liebe Patientin, lieber Patient,

Name, Vorname, Anschrift des/der Versicherten, geboren am:

gerne möchten wir uns voll und ganz auf Sie und Ihre Behandlung konzentrieren. Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, die Abrechnung an einen kompetenten, externen Partner zu übertragen:

DentaPool
Martlbauerfeld 7
82065 Baierbrunn
Tel.: 089 - 780 688 48
Fax: 089 - 780 688 49
Email: info@dentapool.com

Gesetzliche(r) Vertreter(in) bei Minderjährigen/
Geschäftsunfähigen/beschränkt Geschäftsfähigen

DentaPool ist um eine korrekte Bearbeitung Ihrer Rechnung bemüht. Ebenfalls ist DentaPool für Sie ein wichtiger Ansprechpartner in allen Belangen Ihrer Rechnung. Bei Erstattungsfragen in Bezug auf Ihre Privat-, Zusatzversicherung wenden Sie sich vertrauensvoll an unseren Partner.

Vorname

Nachname

Straße

PLZ / Wohnort

Telefonische Sprechzeiten:
Mo bis Fr: 09:00 - 13:00 Uhr
14:00 - 17:30 Uhr

Stellung zum Patienten:

Mutter Vater Sonstige

Ich erkläre mich ausdrücklich mit der Weitergabe der zum Zwecke der Abrechnung erforderlichen Informationen, insbesondere meiner personenbezogenen Daten aus der Patientenakte (mit Name, Geburtsdatum, Anschrift, Befunde, Behandlungsdaten und -verläufe, Aufzeichnungen, Gutachten) an DentaPool, sowie der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch DentaPool, einverstanden.

Einverständniserklärung

Um die Abrechnung in Zusammenarbeit mit DentaPool durchführen zu können, benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Daher bitten wir Sie um Ihre Zustimmung der nebenstehenden Erklärungen. Ihre Daten werden von dem Unternehmen so behandelt, wie es die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) vorschreiben, und nicht unbefugt an Dritte weitergegeben. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen.



DentaPool

Abrechnungsservice
und Praxismanagement
für Zahnärzte

Schweigepflichtsentbindung

Ich entbinde meine Behandlerin/meinen Behandler bzw. die Praxis (siehe Praxisstempel) sowie DentaPool Abrechnungsservice und deren Mitarbeiter von seiner/ihrer gesetzlichen Schweigepflicht soweit dies für die Abrechnung, Prüfung und Geltendmachung der Forderungen erforderlich ist. Mir ist bewusst, dass meine Zustimmung zu dieser Einverständniserklärung vollkommen freiwillig ist und mir im Falle einer Verweigerung keinerlei Nachteile drohen. Die Zustimmung gilt auch für weitere Behandlungen; ich kann diese jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist entweder gegenüber der Praxis oder der Firma DentaPool zu erklären. Eine Ausfertigung dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter



Homedent
eine Marke der Purdental Münster MVZ GmbH
Praxisstempel Paul-Ehrlich-Str. 38 | 63322 Rödermark
T: 06071 73833-67 | F: 06071 3833-63
homedent.de | office@homedent.de

**Bitte zurücksenden an Homedent, Paul-Ehrlich-Str. 38, 63322 Rödermark oder
office@homedent.de / Fax: 060717383363**

Einzugsermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift (SEPA – Verfahren)



Herr/Frau:

Straße:

Plz., Ort:

- Im folgenden Pflegegast genannt –

und dem Zahlungsempfänger

**Senioren-Wohn & Pflegeheim Mayer / Pflegezentrum Gül GmbH, Storchenweg 6,
35764 Sinn, Tel. 02772-572670**

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE46 ZZZ 0000 2366 232

Mandatsreferenz: / Datum:

Hiermit ermächtige ich das
Senioren-Wohn & Pflegeheim Mayer / Pflegezentrum Gül GmbH (Einrichtung),

einmalig eine Zahlung in Höhe von € am

wiederkehrende Zahlungen für das monatliche Heimentgelt sowie die Entgelte für Zusatzleistungen von meinem Konto mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungspflichtiger: (Kontoinhaber)

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name)

BIC:

IBAN: DE.....

.....
Unterschrift des Bewohners oder des bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

Bitte auch zweite Seite beachten !!!

Der genaue Betrag des monatlichen Heimentgelts und des Entgelts für Zusatzleistungen kann sich von Monat zu Monat ändern. Grund hierfür sind insbesondere die unterschiedlichen Längen der einzelnen Kalendermonate, Abwesenheitszeiten, eine Änderung der Pflegesätze oder des Pflegegrades sowie eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Zusatzleistungen.

Um eine zeitnahe und möglichst unbürokratische Abwicklung des SEPA-Mandats zu ermöglichen, treffen die Einrichtung und der Kontoinhaber zusätzlich

folgende Vereinbarung:

1. Die Vorankündigung des einzelnen Einzugsbetrags darf bis spätestens 3 Werktage vor dem jeweiligen Lastschrifteinzug durch Zustellung der Rechnung erfolgen. Aus der Rechnung ergeben sich die Gesamthöhe und der Zeitpunkt des Einzugs.
2. Falls der Kontoinhaber nicht Rechnungsempfänger der Heimentgeltrechnungen ist:

Kontoinhaber und Einrichtung vereinbaren, dass die gemäß SEPA-Lastschriftverfahren notwendigen Vorabankündigungen ausschließlich durch Rechnungsstellung gemäß Ziff. 1 erfolgen sollen.

ja nein

Sinn, den

Bewohner:in

Songül Gül

Betreuer / Bevollmächtigter