PFLEGEZENTRUM GÜL GmbH · SENIOREN-WOHN-& PFLEGEHEIM MAYER · STORCHENWEG 6 · 35764 SINN

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
PFLEGEZENTRUM GÜL GmbH - SENIOREN-WOHN-& PFLEGEHEIM MAYER
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
Homepage: www.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:

- die vollständig ausgefüllte **Anmeldung zur Heimaufnahme** mit Unterschrift
- Krankenkassenkarte
- evtl. Befreiung für Medikamente und Krankenfahrteneine Liste der ständig einzunehmenden Medikamente und Medikamente für mindestens 3 Tage (Medikamentenplan)
- den neuesten Arzt - oder Krankenhausbericht und evtl. eine ärztl. Mitteilung über Diagnosen.
- Personalausweis oder eine standesamtliche Urkunde
- Evtl. Schwerbehindertenausweis
- Impfausweis
- Patientenverfügung, Betreuungsverfügung bzw. Vorsorgevollmacht, wenn vorhanden
- Einwilligungserklärung für den Rechnungsversandes per Email
- Einzugsermächtigung zum Einzug der Heimentgelte
- Einwilligungserklärung Zimmerbeschriftung, Bewohnerfoto und Geburtstagsliste
- Informationsblatt mit Einverständniserklärung zur „fotografischen Wunddokumentation“
- Informationsformular für den Nachtdienst (und Tagdienst)
- Eiwilligungserklärung der Glocken-Apotheke, für die Akut-Medikamentenbelieferung
- Einwilligung mobiler Zahnarzt (Homedent)
- 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!

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/Unterhosen	15/15
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

Anmeldung zur Heimaufnahme

Storchenweg 6
35764 Sinn
Telefon: 02772 572670
Telefax: 02772 57267495
email:info@seniorenpflegeheim-mayer-sinn.de

Gewünschte Aufnahme

Zeitpunkt: ☐ Schnellstmögliche Aufnahme
☐ Warteliste

In: ☐ Stationäre Pflege
☐ Kurzzeitpflege von _____bis_____

Vorname ……

Name / ggf. Geburtsname ……/……

Geburtsdatum / Geburtsort ……/……

Straße / Hausnummer ……

Postleitzahl / Wohnort ……

Telefon / Mail ……

Staatsangehörigkeit ……früherer Beruf ……

Familienstand ……Konfession……

Pflege- / Krankenkasse ……Vers.-Nr……..……..

Pflegegrad ……..

Hausarzt (Adresse / Telefon) ……

Wichtige ärztliche Diagnosen ……

Betreuer / Bevollmächtigter ……

……

Meine nächsten Angehörigen sind:

Verwandtschaftsgrad 1……2……

Name / Vorname ……/……

Straße / Haus-Nr. ……/……

Postleitzahl / Wohnort ……/……

Telefon / Mail ……/……

…… ……..……

Ort / Datum **Unterschrift**

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

Datum	Ergänzungen / Notizen
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

An alle Rechnungsempfänger/innen der Bewohner/innen des Pflegezentrums Gül GmbH

<u>Rechnungsempfang per E-Mail – Einverständniserklärung erforderlich</u>

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Bewohner und Betreuer,

wir möchten Sie darüber informieren, dass wir den Versand unserer Rechnungen auf die digitale Form per E-Mail umgestellt haben. Diese Umstellung war Teil unserer kontinuierlichen Bemühungen, die administrativen Prozesse zu vereinfachen und die Umwelt zu schonen.

Vorteile der Versendung von E-Mail-Rechnungen:

- **Schnelligkeit und Effizienz:** Die Rechnungen erreichen Sie unmittelbar nach Erstellung und es entstehen keine Verzögerungen durch den Postweg.
- **Nachhaltigkeit:** Durch den Verzicht auf Papier und Postversand tragen wir aktiv zum Umweltschutz bei.
- **Kostenersparnis:** Wir können die Aufwendungen für Papier, Druck und Versand minimieren, was auch Ihre Kosten langfristig verringern kann.
- **Bessere Übersichtlichkeit:** Die Rechnungen sind in digitaler Form jederzeit abrufbar und können leicht gespeichert und organisiert werden.

Damit wir den Versand Ihrer Rechnungen per E-Mail durchführen können, benötigen wir Ihr Einverständnis. Bitte teilen Sie uns die E-Mail-Adresse mit, an die die Rechnungen gesendet werden sollen. Zudem bestätigen Sie bitte mit Ihrer Unterschrift, dass Sie mit der Umstellung auf den digitalen Versand einverstanden sind.

Rechtliche Grundlagen:
Die Umstellung auf den elektronischen Rechnungsversand erfolgt gemäß den aktuellen rechtlichen Bestimmungen des § 14 UStG (Umsatzsteuergesetz). Nach diesem Gesetz ist es grundsätzlich zulässig, Rechnungen in elektronischer Form zu versenden, sofern der Empfänger dem zustimmt. Die digitale Rechnung erfüllt dabei alle Anforderungen der Steuerbehörden.

Ihre nächsten Schritte:

1. Tragen Sie bitte Ihre E-Mail-Adresse in das beiliegende Formular ein.
2. Unterzeichnen Sie das Formular zur Bestätigung Ihrer Zustimmung.
3. Senden Sie das Formular mit den Heimaufnahmeunterlagen an uns zurück.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis und freuen uns, Ihnen diesen Service zur Verfügung stellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Songül Gül
Geschäftsführung

Einverständniserklärung zum digitalen Rechnungserhalt per E-Mail

Pflegezentrum Gül GmbH - Senioren- Wohn & Pflegeheim Mayer/- Storchenweg 6, 35764 Sinn

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die Rechnungen für die Betreuung und Pflege meines Angehörigen bzw. Bewohners ausschließlich per E-Mail zugestellt werden. Ich bestätige, dass ich die folgenden Angaben korrekt ausgefüllt habe und mit der Umstellung auf den digitalen Versand einverstanden bin.

Angaben zum Bewohner/ zur Bewohnerin:

Name des Bewohners: _____

Geburtsdatum des Bewohners: _____

Angaben des Vertragspartners-Rechnungsempfängers (z.B. Angehöriger / Betreuer):

Rechnungsempfänger: _____

Rechnungsanschrift: _____

_____

E-Mail-Adresse für den Rechnungserhalt: _____

Bestätigung der Einwilligung:
Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass alle Rechnungen für die Betreuung und Pflege des Bewohners/Bewohnerin elektronisch an die oben angegebene E-Mail-Adresse gesendet werden.

Ich bin darüber informiert, dass die Rechnungen in elektronischer Form (PDF-Datei) versendet werden und alle gesetzlichen Anforderungen gemäß § 14 UStG (Umsatzsteuergesetz) erfüllt sind.

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden, indem ich dies schriftlich mitteile und um den Rückversand der Rechnungen per Post bitte.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Vertragspartners: _____

Hinweis:
Falls Sie Fragen zur Umstellung auf den digitalen Rechnungsempfang haben oder Unterstützung bei der Angabe Ihrer E-Mail-Adresse benötigen, stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

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

Herr/Frau: ……

Straße: ……

Plz., Ort: ……

- Im folgenden Pflegegast genannt –

und dem Zahlungsempfänger
Pflegezentrum Gül GmbH - Senioren-Wohn & Pflegeheim Mayer**,**
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 Betreuer / Bevollmächtigter

Einwilligung zur Zimmerbeschriftung – in die Anfertigung von Fotoaufnahmen für die interne Pflegedokumentation und Aushang von Glückwünschen zu Geburtstagen und Jubiläen nach der DSGVO

Ich, _____**(Bewohner)**

erteile hiermit für nachfolgende (mit einem entsprechende Kreuzchen) versehenen Punkten meine Einverständnis:

☐ **1. Zimmerbeschriftung zur besseren Orientierung**

☐ **2. Fotoaufnahmen für die interne Pflegedokumentation**

☐ **3. Aushang zu Geburtstagen und Jubiläen „Herzlichen Glückwunsch“**

Datenschutzhinweis:

Zu 1. Für die Dauer meines Aufenthalts in der Einrichtung **„Pflegezentrum Gül GmbH“,** an der Tür zu meinem Zimmer ein Namensschild und ggfs. am Schrank, Wäschetonne, Pflegeutensilien etc. angebracht wird. Diese Schilder nennen meinen Vornamen und meinen Zunamen.

Zu 2. Das unentgeltlich angefertigte Foto wird in die interne Pflegedokumentation des **„Pflegezentrum Gül GmbH“** für die Dauer meines Aufenthalts eingepflegt. Durch ein neues Update steht uns dieses nun zur Verfügung. Somit ist es gerade für den ärztlichen Bereitschaftsdienst und den Prüfungsgremien eine hilfreiche Unterstützung.

Zu 3. Hinweis zum Ehrentag im von mir bewohnten Pflegeheims “ **Pflegezentrum Gül GmbH**” ein „Glückwunsch Schild“ für die Dauer meines Aufenthalts in der Einrichtung, für das jeweilige Ereignis ausgehängt werden darf.

Diese Erklärung wird freiwillig abgegeben. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

_____ _____

Ort und Datum Bewohner/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 _____

Information Nachtdienst und Tagdienst (bitte ausgefüllt und Unterschrieben 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

SENIOREN-
WOHN- &
PFLEGEHEIM
MAYER
PFLEGEZENTRUM GÜL GmbH

glocken-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

_____

glocken-apotheke

Datenschutz

In der Glocken Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geffhrt. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTCVerkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über sie Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich armeimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es; die Effekiivität 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 armeimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Armeimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktauffahme 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 flir 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 MerzfDr.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-beaufragter@aa-arbeitsschutz.de) wenden.

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

Patientenwahlrecht und
Datenschutzrechtliche Einwilligung
Therapiebereich Zahnheilkunde

HOME DENT
IHR MOBILER ZAHNARZT

Name der Einrichtung: _____ Wohnbereich: _____

Name, Vorname Bewohner*in: _____

Geburtsdatum	Krankenkasse inkl. Kassennummer
Pflegegrad	Versichertennummer

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

Bitte Kopie beifügen!

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

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

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
Telefon, E-Mail	PLZ, Ort

Kurzanamnese

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

Patientenwahlrecht und
Datenschutzrechtliche Einwilligung
Therapiebereich Zahnheilkunde

HOME DENT
IHR MOBILER ZAHNARZT

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 Umfanges 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

DentaPool®

Abrechnungsservice
und Praxismanagement
für Zahnärzte

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

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.

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

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.

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

Vorname

Nachname

Straße

PLZ / Wohnort

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 Patientenkartei (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.

Ort / Datum

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter

Praxisstempel

Homedent
eine Marke der Purdental Münster MVZ GmbH
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