

Informationen rund um einen Platz zur stationären Pflege - 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:	Songül Gül
Heimleitung:	Hubert Mayer (02772 – 572670)
Pflegedienstleitung:	Bärbel Simon (02772 – 57267402)
Verwaltung:	Susen Kramer (02772 – 57267401)
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 zur Heimaufnahme (Zimmerbelegungen), wenden Sie sich bitte an unsere Heimleitung bzw. Pflegedienstleitung.

Wir haben mit den Kassen und Sozialämtern die folgenden, **ab dem 01.01.2021** gültigen Entgelte für den Heimaufenthalt vereinbart:

Pflege-grad	Pflege-satz	Unter -kunft	Verpflegung	Investitions -kosten	Ausbildungs-zulage	General. Ausbildung	Gesamt - Tagessatz	Monats- Pauschale Kasse
Ohne	40,25 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	81,28 €	-0,00 €
1	40,25 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	81,28 €	-125,00 €
2	49,37 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	90,40 €	-770,00 €
3	65,55 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	106,58 €	-1.262,00 €
4	82,41 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	123,44 €	-1.775,00 €
5	89,97 €	13,06 €	8,70 €* [^]	15,77 € [^]	1,61 €	1,89 €	131,00 €	-2.005,00 €

*= bei Bewohner mit Ernährungssonde werden tägl. 4,00 € in Abzug gebracht: zu zahlen 4,70 € tägl.

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

Seit dem 01.01.2017 wird jeder Monat mit 365 Tagen : 12 Monate = 30,42 Tage pauschal berechnet

Pflege-Grad	Tagessatz	Faktor Tage	Gesamt	./ Anteil Pflegekasse	verbleibender Eigenanteil
ohne	81,28 €	30,42	2.472,54 €	-0,00 €	2.472,54 €
1	81,28 €	30,42	2.472,54 €	-125,00 €	2.347,54 €
2	90,40 €	30,42	2.749,97 €	-770,00 €	1.979,97 €
3	106,58 €	30,42	3.242,16 €	-1.262,00 €	1.980,16 €
4	123,44 €	30,42	3.755,04 €	-1.775,00 €	1.980,04 €
5	131,00 €	30,42	3.985,02 €	-2.005,00 €	1.980,02 €

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege

Kurzzeit – und Verhinderungspflege können jeweils zu 28 Tagen im Jahr in Anspruch genommen werden. Die Kassen übernehmen die Pflegekosten zuzüglich der Ausbildungszulage für jeweils 28 Tage in den Pflegegraden (ohne und 2 bis 5), bzw. bis zu maximal 1612,00 €. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investition hat der Bewohner selbst zu tragen. Ggf. kann zur Übernahme dieser Kosten ein Sozialhilfeantrag gestellt werden.

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

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.**

Wir haben diesem Schreiben zu Ihrer Information beigefügt:

- 1. ein Merkblatt zur Heimaufnahme, das Sie weitestgehend über alle notwendigen Verwaltungsvorgänge informiert, wie z. B. welche Papiere benötigt werden**
- 2. eine unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme**
- 3. eine Information für den Nachtdienst (und Tagdienst)**
- 4. Auftrag der Sonnenapotheke für die Medikamentenbelieferung**

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

- Anmeldung zur Heimaufnahme

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.

Mit freundlichen Grüßen

Songül Gül

Merklblatt zur Heimaufnahme

Wir benötigen:

1. die vollständig ausgefüllte Anmeldung zur Heimaufnahme und falls vorhanden, den Pflegekassenbescheid über die Pflegestufe, die Information für den Nachtdienst, sowie den Auftrag der Sonnenapotheke.
2. Falls ein Sozialhilfeantrag gestellt werden muss:

Benötigte Unterlagen für die Übernahme der ungedeckten Heimpflegekosten

- Bescheid der Pflegekasse über die vollstationäre Pflege, sofern Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen wurde, legen Sie diese Bescheide bitte ebenfalls vor.
- Aktuelle(r) Rentenbescheid(e).
- Sonstige Einkommensnachweise (sofern neben der Rente weitere Einkünfte erzielt werden).
- Grundbuchauszug bei Hausbesitz bzw. Übergabevertrag bei Wohnrecht.
- Vollständige Vorlage der Kontoauszüge der letzten 3 Monate (aller vorhandenen Konten).
- Vollständige Kopien evtl. vorhandener Sparbücher.
- Vermögenserklärung (Vordruck beim Sozialamt erhältlich)
- Die gesetzliche Vermögensfreigrenze nach § 90 Abs. 2 Nr. 9 SGB XII beträgt zurzeit **5.000,00 € pro Person**. Unabhängig von dieser gesetzlichen Vermögensfreigrenze kann im Rahmen der Härtefallregelung (Abs. 3) weiteres Vermögen in angemessener Höhe zum Zweck der Bestattungsvorsorge verschont werden. Die angemessene Höhe der Bestattungskosten und somit des Schonbetrags richtet sich nach den jeweiligen regionalen Verhältnissen des gewählten Bestattungsortes. Als angemessen für den Lahn-Dill-Kreis sind zunächst die gemeindlichen Gebühren des gewählten Bestattungsortes für eine einfache Erd-/Feuerbestattung (Einzelreihengrab bzw. Einzelurnengrab oder eines Baumgrabes) anzuerkennen. Für die sogenannte Bestatterleistung einschließlich des Sarges sowie das Herrichten einer Grabeinfassung gilt für den Lahn-Dill-Kreis ein Richtwert in Höhe von 3.500,00 €. Dieser zusätzliche Schonbetrag wird auch bei Verheirateten, Lebenspartner oder Personen in

eheähnlicher Gemeinschaft dem jeweiligen Partner gewährt. Wir bitten zu beachten, dass die Bestattungsvorsorge in Form einer Lebens- oder Sterbegeldversicherung, als separates Sparbuch, versehen mit einem Sperrvermerk: „nur für Bestattung“ oder als Vertrag mit einem Bestattungsunternehmen angelegt sein muss!

- Sofern Rückkaufwerte von Versicherungen existieren, legen Sie uns bitte die aktuellen Rückkaufwerte vor.
- Betreuerausweis oder vom Ortsgericht beglaubigte Vorsorgevollmacht, falls vorhanden.

3. Scheckkarte der Krankenkasse und evtl. Befreiung für Medikamente und Krankenfahrten

4. eine Liste der ständig einzunehmenden Medikamente und Medikamente für mindestens 48 Stunden

5. den neuesten Arzt - oder Krankenhausbericht und evtl. eine ärztl. Mitteilung über Diäten.

6. sollte sich der Wohnsitz vor der Heimaufnahme in einem anderen Bundesland befinden, benötigen wir eine Abmeldung vom zuständigen Einwohnermeldeamt

7. eine standesamtliche Urkunde

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

Alle Kleidungsstücke, die mitgebracht werden, müssen mit einzunähenden , gestickten Namenszeichen versehen sein – ansonsten wird keine Garantie für die Wäsche übernommen, da diese von einer externen Wäscherei gewaschen werden!

Das Heim kann Ihnen Ihre Wäsche am Tag der Aufnahme mit selbst hergestellten Zeichen versehen -



Anmeldung zur Heimaufnahme

Ihre Daten:

Frau / Herr

Nachname

ggf. Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Konfession

aktuelle
Adresse:

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?

ja, ich bin Selbstzahler
 nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen
Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.

Hausarzt:

Adresse:

Telefon Nr.:

Diese Anmeldung ist:

- Verbindlich
- Unverbindlich
- Warteliste

Gewünschter Aufnahmetag:

<p>Personalausweis (unbedingt abgeben) (oder amtlichen Nachweis wie Führerschein etc.)</p> <p>Schwerbehindertenausweis vorhanden?</p>	<p>_____</p> <p>Abgabe Datum</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>_____</p> <p>Abgabe Datum</p>
<p>Corona-Impfung:</p> <p>Corona Genesungsnachweis:</p> <p>Negativer Corona PCR-Test</p>	<p>1. Impfung am: _____</p> <p>2. Impfung am: _____</p> <p>vom: _____</p> <p>vom: _____</p>
<p>Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme im Altenheim nach § 36, Abs. 4, Infektionsschutzgesetz</p>	<p>Ohne Vorlage, kann keine Aufnahme erfolgen</p>
<p>Krankenkasse</p> <p>Versicherten Nr.:</p> <p>Krankenkassenkarte:</p> <p>Zuzahlungsbefreiung (Ausweis)</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Abgabe Datum</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>_____</p> <p>Abgabe Datum</p>
<p>Inkontinent?</p>	<p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>
<p>Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?</p>	<p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja, Pflegegrad 2</p> <p><input type="radio"/> ja, Pflegegrad 3</p> <p><input type="radio"/> ja, Pflegegrad 4</p> <p><input type="radio"/> ja, Pflegegrad 5</p>

Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja – wenn ja, für welche Bereiche? <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten <input type="radio"/> nein
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="radio"/> ja – wenn ja, für welche Bereiche? <input type="checkbox"/> Gesundheitssorge <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten <input type="radio"/> nein
ggf. Name und Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten	
Lebenssituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> bei/mit Kindern <input type="radio"/> verwitwet
Daten zum Einzug	
Wie dringend ist die Aufnahme? gewünschter Aufnahmetermin:	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurechtkomme <input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung
Abonnement von Zeitungen/Zeitschriften	<input type="radio"/> ja – wenn ja, welche? <input type="radio"/> nein

<p>Eigentum/Hilfsmittel/etc.</p> <ul style="list-style-type: none">Rollator <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinRollstuhl <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinGehstock <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinFernseher <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinTelefon <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinSmartphone <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinTablett/Kindle/ebook <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinMatratze <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinKoffer/Reisetasche <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinBrille <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinHörgeräte <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinProthesen oben <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinProthesen unten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinSchmuck <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neinSonstiges <hr/> <hr/> <hr/> <p>Taschengeldkonto gewünscht: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Bargeld _____ €</p>	
<p>Haftung</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> Hinsichtlich der vom Bewohner eingebrachten Gegenstände wird außerdem der Abschluss einer Hausratsversicherung empfohlen.

<p>Einzelzimmer</p> <ul style="list-style-type: none"> • teilweise mit Bad und Balkon • Möglichkeit der Teilmöblierung mit eigenen Möbeln • TV-Kabelanschluss • Telefonanschluss (16,00 €/monatl.) 	<p><input type="radio"/> Einzelzimmer</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	
<p>Doppelzimmer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Wohnraum kann mit eigenen Möbeln eingerichtet werden. • TV-Kabelanschluss • Telefonanschluss (16,00 €/monatl.) 	<p><input type="radio"/> Doppelzimmer</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	
<p>wichtige Angehörige*</p>		
<p>1.</p>	<p>Name:</p> <p>Vorname:</p>	
<p>Verwandtschaftsverhältnis</p>		
<p>Anschrift</p>		
<p>Telefonnummer</p> <p>Handynummer</p> <p>Email</p>		
<p>Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.</p>	<p><input type="radio"/> ja</p> <p><input type="radio"/> nein</p>	

2.	Name:	
	Vorname:	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer Handynummer Email	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
3.	Name :	
	Vorname:	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer Handynummer Email	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
* Angaben sind freiwillig		

Platz für besondere Bemerkungen:

Unterstützung

Gerne unterstützen wir Sie bei Ihrem Umzug in unser Haus. Was können wir für Sie tun?

- Hilfe bei der Ummeldung beim Ordnungsamt, Rentenkassen, Krankenkasse usw.
- ggf. Hilfe bei der Einrichtung einer neuen Bankverbindung
- Beratung bei der Inanspruchnahme von staatlichen Hilfen bei eigener Mittellosigkeit
- Suche eines geeigneten Fahrdienstes für den Transfer in die Pflegeeinrichtung
- Hilfe beim Einrichten des Zimmers in der Pflegeeinrichtung
- Hilfe bei der Suche nach einem neuen Hausarzt
- Hilfe bei der Auswahl von ggf. benötigten Therapeuten
- Vorschlagen von intern/extern praktizierenden Friseuren, Fußpflegern usw.
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur lokalen Kirchengemeinde

weitere Anmerkungen

Datum, Ihre Unterschrift

ggf. Datum, Unterschrift ihres Lebens- oder Ehepartner

ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten

Information Nachtdienst und Tagdienst (bitte ausgefüllt zurückgeben)

Sehr geehrte(r),

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 / seinen 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:

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Auskunft.

Bitte senden Sie uns dieses Schreiben zurück oder geben Sie es bei Ihrem nächsten Besuch im Büro oder bei den Schwestern ab.

.....
Datum, Unterschrift

ALTENHEIM: Pflegezentrum Gül

AUFTRAG DES HEIMBEWOHNNERS

Ich,

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ Befreiung: ja nein bis: _____

Hausarzt: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer des Arztes: _____ Fax: _____

(ggf.) gesetzlicher Vertreter (gerichtlich bestellter Betreuer o. ä.):

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Rechnungsadresse des Angehörigen:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

Vollstationär ab: _____

beauftragte hiermit die Sonnen-Apotheke in Haiger, mir meine Arzneimittel und Hilfsmittel gemäß den auf mich lautenden Verschreibungen, bzw. freiverkäuflichen oder apothekenpflichtigen Medikamente nach meiner Weisung zu liefern. Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die auf mich lautenden Verordnung einzulösen, kann auch ein/e Beauftragte/r der Heimes die Verordnung einlösen.

Das Recht auf freie Apothekenwahl ist mir bekannt.

Mir ist bewusst, dass ich diesen Auftrag ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Heimbewohners: _____

ggf. Unterschrift des gesetzl. Vertreter: _____

Schuldbeitritt des Angehörigen:

Hiermit verpflichte ich

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

mich gegenüber der Sonnenapotheke in Haiger neben dem Patienten/Heimbewohner im Sinne der §§ 421 ff. BGB für den vorgenannten Vertrag als Gesamtschuldner. Ich bin daher verpflichtet neben dem Patienten die Kosten der gelieferten Arzneimittel und Hilfsmittel zu tragen mit der Maßgabe, dass die Sonnenapotheke in Haiger nur berechtigt ist die Leistung einmal zu fordern, dies aber von mir oder dem Patienten/Heimbewohner.

Die Sonnenapotheke in Haiger stimmt diesem Beitritt zu.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Beitretenden: _____

Unterschrift Sonnenapotheke: _____

(Inh. Silke Hundt-Gorski)