

Informationsmappe



Seniorenzentrum „Grünes Herz“

GmbH & Co. KG

Gartenstraße 14

99894 Friedrichroda



Inhaltsverzeichnis

Informationen zum Heimeinzug
Zusatzleistungen
Anlage zum Heimvertrag
Investitionskosten nach § 82 Absatz 3 und 4 SGB XI
Information zum Bundesmeldegesetz (BMG)
Anmeldung zum Heimeinzug
Biografiebogen
ärztlicher Fragebogen
ärztliches Zeugnis
Kundeninformation zur ärztlichen Versorgung
Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten
Änderungsmitteilung für die Löwen-Apotheke
AOK Plus Rückgabe Inkontinenzmaterial bei Langzeitpflege
Postvollmacht
Einzugsermächtigung
Merkblatt Klinikeinweisung
Besondere Regelungen für den Krankheits- bzw. Todesfall
Kundeninformation Anmeldung bei Besuchen (aktuelle Regelung beachten)
Kundeninformation zur Bewohnerwäsche
Einwilligung zur Datenverarbeitung



Seniorenzentrum“ Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
99894 Friedrichroda, Gartenstraße 14



Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

im Seniorenzentrum „Grünes Herz“ betreuen wir pflegebedürftige Senioren aller Pflegegrade und unterschiedlichster Krankheitsbilder. Für 63 Bewohner stehen in unserem Haus 29 Einzel- und 17 Doppelzimmer zur Verfügung. Voraussetzung für die Aufnahme in unserem Seniorenzentrum „Grünes Herz“ ist die Bestätigung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und die Genehmigung der Inanspruchnahme von Leistungen der stationären Pflege durch die Pflegekasse.

Der vom Bewohner zu zahlende Eigenanteil des monatlichen Heimentgelts beträgt:

PG	Pflegesatz Tag	Unterkunft Tag	Verpflegung Tag	Investkosten Tag	Ausbildungs-umlage Tag*	Gesamtkosten Tag
2	83,34 €	20,89 €	7,44 €	15,57 €	3,85 €	130,99 €
3	100,14 €	20,89 €	7,44 €	15,57 €	3,85 €	147,89 €
4	117,76 €	20,89 €	7,44 €	15,57 €	3,85 €	165,51 €
5	125,68 €	20,89 €	7,44 €	15,57 €	3,85 €	173,43 €

PG	Gesamtkosten Monat	Anteil Pflegekasse Monat	Eigenanteil Monat
2	3.984,72 €	805,00 €	3.179,81 €
3	4.498,81 €	1.319,00 €	3.179,81 €
4	5.034,81 €	1.855,00 €	3.179,81 €
5	5.275,74 €	2.096,00 €	3.179,81 €

Stand: 01.03.2025

Der Zuschlag für Einzelzimmer ohne eigenes Bad beträgt 1,50 € / Tag. Der Zuschlag für ein Einzelzimmer mit eigenem Bad beträgt 2,00 € / Tag.

Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) je Pflegegrad beträgt 56,78 € / Tag bzw. 1.727,25 € / Monat

Achtung: In **Kurzzeit-** oder **Verhinderungspflege (KZP/VHP)** beträgt der Pflegesatz unabhängig vom Pflegegrad **generell 108,95 € pro Tag**. Die Pflegekasse übernimmt 1.854,-€ in der KZP, 1.612,-€ in der VHP oder zusammen 3.466,- Euro pro Jahr.

Unabhängig vom Anteil der Pflegekasse beträgt der vom Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflegegast selbst zu entrichtende Eigenanteil: 43,90 € / Tag (sog. Hotelkosten).

Folgende Leistungen sind im Pflegesatz enthalten:

Pflegeleistungen entsprechend dem Grad der Pflegebedürftigkeit, Wohnen, Vollverpflegung, Notruf rund um die Uhr, regelmäßige Reinigung der Wohn- und Gemeinschaftsräume, Wasser-, Strom- und Heizkosten, Waschen der persönlichen Wäsche, Bereitstellung von Bettwäsche, Handtüchern und Waschlappen., Abfallentsorgung, Nutzung der Gemeinschaftsräume, allgemeine Betreuung (z.B. Beschäftigungstherapie)

Die Bewohnerzimmer sind ausgestattet mit Pflegebett, Nachtschrank, Kleiderwäscheschrank mit abschließbarem Wertfach sowie Tisch mit zwei Stühlen. Gern dürfen eigene Möbel mitgebracht werden. Hierzu sind vor dem Einzug konkrete Absprachen mit der Heimleitung erforderlich. Auf Grund der Sturzprophylaxe und aus hygienischen Gründen möchten wir Sie bitten, keine Teppiche, Läufer usw. mitzubringen. Der Betrieb mitgebrachter elektrischer Geräte setzt eine nachweisbare entsprechende Prüfung des Gerätes vor seiner Inbetriebnahme voraus. Die Prüfung ist einmal jährlich durchführen zu lassen. Die Kosten trägt der Bewohner. Fernsehgeräte stehen in den Aufenthaltsräumen bereit. Sie dürfen gerne in Ihrem Zimmer ein eigenes Gerät anschließen, wofür aber eine monatliche Gebühr zu entrichten ist.

Die Nutzung elektrischer Geräte wie z.B. Heizkissen, Wärmdecke, Bügeleisen u. ä. ist aus Gründen des Brandschutzes untersagt.

Auch Kleintiere sind bei uns willkommen. Jedoch sollte deren Betreuung im Vorfeld geklärt sein.

Folgende Mindestausstattung an persönlicher Wäsche und Kleidung empfehlen wir Ihnen bei Heimeinzug mitzubringen:

- | | |
|---|---|
| Bekleidung | ca. 15 Unterhemden, 20 Schlüpfer bzw. Unterhosen
ca. 15 Paar Strümpfe bzw. Strumpfhosen
ca. 15 Nachthemden / Schlafanzüge
1 große Wolldecke
Kleider, Blusen, Pullover, Röcke, 1 – 2 Strickjacken,
Hosen, Jogginghosen, Sommerjacke, Winterjacke und
Kopfbedeckung
Die Wäsche sollte pflegeleicht und maschinenwaschbar sein. |
| Schuhwerk: | 2 Paar Sommer- und 1 Paar Winterschuhe
2 Paar Hausschuhe (rutschfest, Gummisohle, keine Pantoffeln) |
| 1 Reisetasche für evtl. Krankenhausaufenthalt : | 1 Kulturbeutel mit Waschzeug, Zahnputzzeug etc. |

2 Waschlappen
2 Handtücher
1 Bademantel / Morgenrock
1 Schlafanzug / Nachthemd , Unterwäsche

Für folgende Leistungen entstehen dem Bewohner zusätzliche Kosten:

Telefongrundgebühr und Einheiten, Fernsehgrundgebühr, Chemische Reinigung, Friseur, Fußpflege, Fahrdienst zu Fachärzten, Ämtern und Behörden, Ausflüge in die nähere Umgebung, Anfertigung von Patchmarken, Patchen der Bewohnerwäsche

Siehe Katalog Zusatzleistungen

Wir weisen darauf hin, dass die Möglichkeit späterer Leistungs- und Entgeltveränderungen nicht ausgeschlossen sind. Sie werden entsprechend Heimgesetz rechtzeitig informiert.

Wir empfehlen den Abschluss einer Privathaftpflichtversicherung.

Ferner können wir für abhandengekommenes Bargeld und Wertgegenstände keine Haftung übernehmen.

Wir bieten eine kostenlose Bargeldverwaltung an!

Nicht angebotene Leistungen (Leistungsausschlüsse)

Folgende Leistungen werden durch die Einrichtung **nicht** angeboten:

- Unterbringung in einem geschlossenen Bereich (**Weg-/ Hinlauftendenz**),
- Aufnahme von Beatmungspatienten, Erbringung von medizinischer Behandlungspflege bei einem besonders hohem Bedarf, der gem. § 37 SGB V zu einer gesonderten Verordnung von medizinischer Behandlungspflege berechtigt,
- Pflege und Betreuung für Personen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer erheblichen Gefährdung für sich selbst oder andere Personen führen, die mit den Mitteln der Einrichtung nicht abgewendet werden kann.

Entsteht ein entsprechender Bedarf erst nach Einzug in die Einrichtung, darf die Einrichtung eine entsprechende Anpassung der Leistungen verweigern. Ist der Einrichtung ein Festhalten am Heimvertrag unter diesen Voraussetzungen nicht zuzumuten, kann sie den Heimvertrag außerordentlich kündigen.

Zusätzliche Betreuungsleistungen nach §45a in Verbindung mit § 87b SGB XI

Pflegebedürftige Bewohner (anspruchsberechtigte Personen nach § 87b SGB XI) haben Anspruch auf Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung, solange zwischen der Einrichtung und der Pflegekasse eine Vereinbarung nach § 87b SGB XI besteht und die Pflegekasse den Vergütungszuschlag an die Pflegeeinrichtung zahlt. **Für den pflegebedürftigen Bewohner führt dies zu keiner zusätzlichen**

Kostenbelastung. Unsere zusätzliche Betreuung und Aktivierung umfasst Maßnahmen und Tätigkeiten, die das Wohlbefinden, den physischen Zustand oder die psychische Stimmung der betreuten Menschen positiv beeinflussen können

Das von uns für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung eingesetzte Personal steht den betroffenen Bewohnern für Gespräche über Alltägliches und ihre Sorgen zur Verfügung, nimmt ihnen durch ihre Anwesenheit Ängste und vermittelt Sicherheit und Orientierung

Die Betreuungs- und Aktivierungsangebote orientieren sich an den Erwartungen, Wünschen, Fähigkeiten und Befindlichkeiten der betroffenen Bewohner

Vor diesem Hintergrund kann das zusätzliche Betreuungsangebot die Motivation, Betreuung und Begleitung zum Beispiel bei folgenden Alltagsaktivitäten umfassen:

- Malen und basteln
- Handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten
- Haustiere füttern und pflegen
- Kochen und Backen
- Anfertigung von Erinnerungsalben oder –ordnern
- Musik hören, musizieren, singen
- Brett- und Kartenspiele
- Spaziergänge und Ausflüge
- Bewegungsübungen und Tanzen in der Gruppe
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten und Friedhöfen
- Lesen und vorlesen
- Fotoalben anschauen

Die entsprechenden Maßnahmen werden im Rahmen von Gruppenaktivitäten angeboten, um einer drohenden oder bereits eingetretenen sozialen Isolation zu begegnen. Sofern es nach der persönlichen Situation und der konkreten sozial-emotionalen Bedürfnislage der Bewohner erforderlich ist, wird auch eine Einzelbetreuung angeboten.

Vor dem Einzug ist zu beachten:

- Ummeldung bei Einwohnermeldeamt
- Adressänderung bei Krankenkasse/Pflegekasse
- Adressänderung bei Rentenversicherung
- Abmeldung des Telefons
- Abmeldung bei GEZ
- Nachsendeantrag bei der Post stellen

Wichtig!

Es ist keine Seltenheit, dass in der heutigen Zeit die Rente und/ oder das Vermögen für die Zahlung der Heimkosten nicht ausreicht. Es besteht die Möglichkeit bei dem zuständigen Sozialhilfeträger einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Unter Umständen ist auch ein Anspruch auf Zahlung von Wohngeld gegeben.

Nach Prüfung der Antragsunterlagen wird der zuständige Sozialhilfeträger entscheiden, ob Ihrem Antrag stattgegeben werden kann.

Wir beraten Sie gern!

Folgende Unterlagen sind anlässlich des geplanten Heimeinzuges erforderlich:

- **Aufnahmeantrag**
- **ärztlicher Fragebogen u. ärztliches Zeugnis Bundesseuchengesetz**
- **Biografiebogen**
- **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht**
- **Personalausweis, Schwerbehindertenausweis**
- **Chipkarte der Krankenkasse**
- **Bankverbindung**
- evtl. Zuzahlungsbefreiung
- Pflegegradeinstufung durch den Medizinischen Dienst
- Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse
- Renten- und Witwenrentenbescheid
- Versicherungspolice Privathaftpflicht
- Verzeichnis über mitgebrachte Kleidungsstücke und Gegenstände

Ansprechpartner in unserem Hause sind:

Geschäftsleitung:	Uta Fischer
Heimleitung:	Matthias Heil
Pflegedienstleitung:	Jörn Federmann
Telefon:	03623 / 3198-0
Telefax:	03623 / 3198-111
Homepage:	www.seniorenzentrum-gruenes-herz.de
E-Mail:	heimleitung@seniorenzentrum-gruenes-herz.de



Sonstige Dienstleistungen zum Heimvertrag

zwischen

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG

und

Herrn/Frau

Art der Leistung

1. Telefonanschluss mit eigener Durchwahlnummer einschließlich Telefonapparat monatlich. 7,56 € zzgl. 19% MwSt
2. Nutzung des Kabelanschlusses für Fernseh- und Rundfunkgeräte monatlich 7,56 € zzgl. 19% MwSt
3. Kennzeichen / Patches für persönliche Kleidung 0,10€/Stück zzgl. 19% MwSt
4. Kosten für Friseur, Fußpflege und chem. Reinigung werden mit dem jeweiligen Unternehmen abgerechnet
5. Einzelzimmerzuschlag für ein Zimmer ohne eigenes Bad 1,50 € / Tag
6. Einzelzimmerzuschlag für ein Zimmer mit eigenem Bad 2,00 € / Tag
7. kostenlose Barbetragsverwaltung
8. Zuzahlungsgebühren für Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und Fahrtkosten werden mit dem jeweiligen Unternehmen abgerechnet
9. Hausmeistertätigkeit, soweit nicht in Unterkunft- und Verpflegungskosten enthalten (z.B. Reparatur oder Instandsetzung eigener Möbel u. dgl.) Abrechnung nach Zeitaufwand je Stunde zzgl. Evtl. Materialkosten 20,00 €
10. Einkaufshilfe außerhalb des Hauses, Fahr- und Begleitdienst 18,00 € / Stunde zzgl. 0,50 € je gefahrenem km und evtl. Parkgebühren
11. Organisierte Fahrten und Ausflüge
Die Kosten pro Teilnehmer/-in bestimmen sich aus den Gesamtkosten und der Anzahl der Teilnehmer/-innen

Erstellt am:	Erstellt von:	Überarbeitet am:	Überarbeitet von:	Freigabe am:	Freigabe durch:
Januar 2006	Geschäftsführung g Heimleitung	09.06.2009	Heimleitung	09.06.2009	Geschäftsführung

Anlage zum Heimvertrag



Künftige Bewohnerinnen/Bewohner, deren Angehörige und Betreuer haben das Recht, sich beim Träger, bei der zuständigen Behörde oder der Arbeitsgemeinschaft nach § 20 Abs. 5 des Heimgesetzes beraten zu lassen.

Träger

Frau Uta Fischer

Tabarzer Str. 8

99894 Friedrichroda

Tel . 03623-3198-102

Fax 03623-3198-111

Zuständige Behörde

Thüringer Landesverwaltungsamt

Abteilung VI

Heimaufsicht

Postfach 2249

99403 Weimar

GZ: 530-65-6464-0

E-Mail: weimarheimaufsicht@tlvwa.thueringen.de

Tel: 0361 57332 1000

Fax: 0361 57332 1369

Besuchsadresse:

Thüringer Landesverwaltungsamt

Referat VI

Heimaufsicht

Haus 1 – 1. OG

Jorge-Semprún-Platz

99423 Weimar



Anlage 2 zum Heimvertrag

**Informationen zu den erhobenen Investitionskosten als Bestandteil des
Heimentgelts**

Grundlage für die Erhebung anteilmäßiger Investitionskosten bildet der :

§ 82 Abs. 3 SGB XI.

Er besagt, dass betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen für Maßnahmen, die dazu bestimmt sind, die für den Betrieb der Pflegeeinrichtung notwendigen Gebäude und sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegüter herzustellen, anzuschaffen, wiederzubeschaffen, zu ergänzen, instand zu halten oder instand zusetzen (ausgenommen sind Verbrauchsgüter) oder Aufwendungen für Miete, Pacht, Nutzung oder Mitbenutzung von Gebäuden oder sonstigen abschreibungsfähigen Anlagegütern, soweit sie durch öffentliche Förderung nicht vollständig gedeckt sind, den Pflegebedürftigen anteilmäßig berechnet werden können.

§ 82 Abs. 4 SGB XI besagt:

Pflegeeinrichtungen, die nicht nach Landesrecht gefördert werden, können ihre betriebsnotwendigen Investitionsaufwendungen den Pflegebedürftigen ohne Zustimmung der zuständigen Landesbehörde gesondert berechnen.

Die zuständige Landesbehörde wurde über die gesonderte Berechnung informiert.

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG



Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
99894 Friedrichroda, Gartenstraße 14

Telefon: 03623/319 8 - 0
Telefax: 03623/319 8 111

**Alle Angehörigen und
rechtlichen Betreuer der Bewohner des
Seniorenzentrums „Grünes Herz“**

Heimleitung

Telefon: 03623/319 8 - 333
Friedrichroda, 01.11.2015

Information zum Bundesmeldegesetz (BMG)

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit informieren wir Sie über die Meldepflicht in Krankenhäusern, Heimen und ähnlichen Einrichtungen nach dem Bundesmeldegesetz (BMG). Nach § 32 BMG „Besondere Meldepflicht in Krankenhäusern, Heimen und ähnlichen Einrichtungen“ gilt:

„Wer in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder sonstigen Einrichtungen, die der Betreuung pflegebedürftiger oder behinderter Menschen oder der Heimerziehung dienen, aufgenommen wird oder dort einzieht, muss sich nicht anmelden, solange er für eine Wohnung im Inland gemeldet ist. Wer nicht für eine Wohnung im Inland gemeldet ist, hat sich, sobald sein Aufenthalt die Dauer von drei Monaten überschreitet, innerhalb von zwei Wochen anzumelden.“

Die ab dem 01.11.2015 zusätzlich benötigte Wohnungsgeberbestätigung gemäß § 19 Abs. 3 Bundesmeldegesetz (BMG) wird Ihnen entsprechend bei Heimeinzug ausgehändigt. Um der gesetzlichen Meldepflicht für Ihre Angehörigen bzw. rechtlich Betreuten nachzukommen, wenden Sie sich bitte an die zuständige Meldebörde:

**Stadt Friedrichroda
Gartenstraße 9
99894 Friedrichroda
Tel.-Nr.: 03623 /3300**

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Matthias Heil
Dipl.-Gerontologe
Heimleitung

gez.
Jörn Federmann
Pflegedienstleitung

Sitz der GmbH & Co. KG:
Bankverbindung:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413
Hypo- und Vereinsbank AG, Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86
IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498
Schwester Uta Fischer

Geschäftsführer:



Anmeldung zum Heimeinzug

1. Aufzunehmender

Name:	Vorname:	Geb.- name:
Geb.- datum:	Geb.- ort:	
Straße/Hausnummer:		
PLZ/Ort:		
Telefon:		
Staatsangehörigkeit:	PA-Nr.:	Gültig bis:
Konfession:	Familienstand:	Seit:
Name/Vorname des Ehegatten: (auch wenn geschieden od. verstorben)		

2. Angehörige / Ansprechpartner

Name	Vorname	Anschrift	Telefon	Bezug

3. Krankenkasse / Pflegekasse

Name der Krankenkasse:	Mitglieds Nr.:
Pflegesgrad:	Wann Antrag gestellt, wenn noch kein Pflegegrad vorhanden?
Zuzahlungsbefreiung:	Gültig bis:

4. Hausarzt

Name:	Anschrift/Telefon:
-------	--------------------



Name:	Anschrift/Telefon:
--------------	---------------------------

Aufgabenkreis:

6. Monatliches Einkommen / Rente

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

7. Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer:	Doppelzimmer:
----------------------	----------------------

Gewünschter Aufnahmeterrnin:

8. Hilfsmittel

Vorhandene Hilfsmittel	Benötigte Hilfsmittel

Ort:	Datum:
-------------	---------------

Unterschrift des Antragstellers:	Unterschrift des Aufzunehmenden:
---	---



Biografiebogen

<p>Name: _____</p> <p>Vorname: _____</p> <p>Geburtsname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Geburtsort: _____</p>	<p><i>Bisherige Lebenssituation:</i></p> <p>Lebt allein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gewohnheiten: _____</p> <p>_____</p> <p>Ist gern in Gesellschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Ist lieber allein: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><i>Religiöse Gewohnheiten:</i></p> <p>Konfession: _____</p> <p>Kirchenbesuche: _____</p> <p>Möchten Sie weiterhin Kirchenbesuche wahrnehmen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>_____</p>
<p><i>Vorlieben und Abneigungen beim Essen:</i></p> <p>Vorlieben: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Abneigungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Vorlieben und Abneigung bei der Kleidung:</i></p> <p>Vorlieben: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Abneigungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><i>Vorlieben und Abneigungen bei der Körperpflege:</i></p> <p>Vorlieben: <input type="checkbox"/> Duschen <input type="checkbox"/> Baden</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Abneigungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Biografiebogen

<p>Schlafgewohnheiten: Aufstehen morgens um: _____</p> <p>Mittagsschlaf: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Schlafengehen abends um: _____</p>	<p>Pflegemaßnahmen erwünscht durch:</p> <p><input type="checkbox"/> weibliche Pflegeperson <input type="checkbox"/> männliche Pflegeperson <input type="checkbox"/> kein geschlechtsbezogener Wunsch</p>	<p>Besondere Wünsche oder Gewohnheiten:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Prägende Lebensereignisse:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Interessen, Hobbys:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Kinder: _____</p> <p>Enkel: _____</p> <p>Geschwister: _____</p>
<p>Welche Hilfsmittel werden benötigt:</p> <p>Rollstuhl: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wird von zu Hause mitgebracht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zahnprothese: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Rollator: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wird von zu Hause mitgebracht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Gehstock: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wird von zu Hause mitgebracht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Brille: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>		
<p>Schulische Bildung:</p> <p><input type="checkbox"/> Volksschule <input type="checkbox"/> Studium</p>	<p>Beruf: Erlerner Beruf: _____</p>	
<p>Besondere Wünsche im Krankheits- oder Todesfall:</p> <p>Bestattungsinstitut: _____ Benachrichtigung im Todesfall: Tag Nacht zu jeder Zeit</p> <p>Telefonnummer: _____ Wer soll benachrichtigt werden? _____</p> <p style="text-align: right;">Telefonnummer: _____</p>		
<p>Mitgebrachte Gegenstände:</p> <p>Radio: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>Fernseher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>Schmuck: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>Möbel: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____</p>		

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
Gartenstraße 14
99894 Friedrichroda
Tel.: 03623/31980
Fax: 03623/3198111



Suchtkrankheit

Nein: ja, welche:

Diagnosen:

Körperliche Behinderungen:

Geistig/seelische Behinderungen:

Zusätze (z.B. ansteckende Krankheiten):

Medikamente/Dosierung:

Sonstige ärztliche Verordnungen:

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Erstellt am:	Überarbeitet am:06.03.2009	Freigegeben am:06.03.2009	Version: II
Erstellt von:	Überarbeitet von: HL	Freigegeben von: HL	Seite 2/2



Ärztliches Zeugnis gemäß § 36 Abs. 4 SeuchRNeuG

Name:	Vorname:	Geb.- datum:
--------------	-----------------	---------------------

Straße/Hausnummer:
PLZ/Ort:

Bei meinem vorgenannten Patienten sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen

- **einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden.**
- **einer Infektion mit COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2) vorhanden.**
 - • Aktuell keine Anzeichen einer Atemwegs- oder Infektionskrankheit
 - • kein Aufenthalt in einem vom RKI ausgewiesenen Risikogebiet innerhalb der letzten 14 Tage
 - • kein direkter Kontakt mit einem positiv auf Corona getesteten im gleichen Zeitraum.
 - Datum der Laboruntersuchung: _____

Für Patienten direkt aus Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und anderen Pflegeheimen:

- Die Laboruntersuchung ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer Besiedelung mit MRSA (Multiresistenter Staphylococcus aureus) und anderen infektiösen Keimen. Auf die Informationspflicht zur Keimträgerschaft wird hingewiesen (Vgl. Bundesgesundheitsblatt 12/1999, S. 954 - 958)
- Datum der Laboruntersuchung: _____
- Befund: _____

Ich bestätige hiermit, dass der Patient frei von ansteckenden Erkrankungen ist.

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Paragraph 36 Abs. 4 SeuchRNeuG

„Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 des Heimgesetzes oder.....aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind...“

Erstellt am:	Überarbeitet am:30.03.2020	Freigegeben am:30.03.2020	Version: II
Erstellt von:	Überarbeitet von: HL	Freigegeben von: HL	Seite 1/1

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG



Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
99894 Friedrichroda, Gartenstraße 14

Telefon: 03623/319 8 - 0
Telefax: 03623/319 8 111

**Alle Angehörigen und
rechtlichen Betreuer der Bewohner des
Seniorenzentrums „Grünes Herz“**

Heimleitung

Telefon: 03623/319 8 - 333
Friedrichroda, 01.01.2018

Kundeninformation zur ärztlichen Versorgung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir arbeiten eng mit den ansässigen Ärzten und Fachärzten zusammen. Selbstverständlich ist in unserer Einrichtung die freie Arztwahl gesichert. Unsere Heimbewohner können gerne die Behandlung durch die Ihnen vertrauten Ärzte weiterführen lassen. Sollte dies allerdings nicht möglich sein, unterstützen wir Sie auf Wunsch gerne bei der Auswahl einen neuen Arztes.

Zur regelmäßigen Behandlung von nicht mobilen Heimbewohnern führen die Ärzte die notwendigen Visiten und Hausbesuche nach Bedarf durch. Wird eine akute Behandlung außerhalb der Bereitschaftszeiten der behandelnden Ärzte notwendig, werden der ärztliche Bereitschaftsdienst oder der Notarzt informiert.

Die enge Abstimmung zwischen den behandelnden Ärzten und unseren qualifizierten Mitarbeitern bietet die Gewähr für die pflegerische Unterstützung der ärztlichen Behandlung.

Die Medikamentenversorgung organisieren wir auf Wunsch in Zusammenarbeit mit der Löwen-Apotheke aus Gotha.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Matthias Heil
Dipl.-Gerontologe
Heimleitung

gez.
Jörn Federmann
Pflegedienstleitung

Sitz der GmbH & Co. KG:
Bankverbindung:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413
Hypo- und Vereinsbank AG, Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86
IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498
Schwester Uta Fischer

Geschäftsführer:



**Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen
Medizinprodukten**

Hiermit erkläre ich, Herr / Frau: _____, dass ich mit der
Versorgung des Heimbewohners Herr / Frau: _____
durch die **Löwen-Apotheke** in Gotha einverstanden bin.

Die benötigten Arzneimittel und apothekenpflichtigen Medizinprodukte
können von der **Löwen-Apotheke** geliefert werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift Bewohner/-in bzw. gesetzl. Vertreter/-in



Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
Gartenstraße 14, 99894 Friedrichroda

Telefon: 03623/319 8 - 0
Telefax: 03623/319 8 111

Löwen-Apotheke
Apotheker Axel Hock
Marktstraße 13
99867 Gotha

Anmeldung von Heimbewohnern

per Fax 03621 - 30 13 02

Langzeitpflege:

Kurzzeitpflege:

Name, Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Wohnbereich:.....

Krankenkasse: Versichertennummer:

Zuzahlungsbefreiung ja nein Befreiung liegt vor: ja nein (Kopie per Fax)

Anfallende Rechnungen werden wie folgt beglichen:

- per Überweisung, 14 Tage nach Rechnungslegung
- Einzugsermächtigung

Rechnungsempfänger ist:

der Versicherte selbst

der Betreuer/ gesetzlicher Vertreter

Name: _____ Vorname _____

Straße / Haus- Nr.: _____ PLZ /Ort: _____

Ich erkläre mich mit der Speicherung von personenbezogenen Daten einverstanden

Ort / Datum

Unterschrift

Sitz der GmbH & Co. KG:

Bankverbindung:

Geschäftsführer:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413

Hypo- und Vereinsbank AG , Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86

IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498

Schwester Uta Fischer

Rückgabe nicht genutzter Inkontinenzhilfsmittel (nur für Versicherte der AOK PLUS Sachsen und Thüringen)

Rechtsgrundlage: Rahmenvertrag gemäß § 127 Abs. 2 SGB V zur pauschalen Kostenabgeltung von aufsaugenden Inkontinenzhilfen für den Bereich der vollstationären Pflegeeinrichtungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI zwischen dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. und der AOK PLUS für Sachsen und Thüringen in der Fassung des 3. Nachtrages vom 01.07.2015

Sollten Sie bereits vor Ihrem Heimaufenthalt Inkontinenzhilfsmittel von einem Versorger bezogen haben, sind die nichtverbrauchten Inkontinenzhilfsmittel an diesen zurückzugeben. Setzen Sie sich bitte mit ihrem bisherigen Versorger in Verbindung, informieren Sie ihn über den Tag der Heimaufnahme und klären Sie ab, wie Sie die Inkontinenzhilfen zurückgeben*.

Datum

Unterschrift

* § 3 Abs. 6 des Rahmenvertrages sieht vor, dass der Versicherte bei Aufnahme in die stationäre Pflegeeinrichtung nachweislich durch die Pflegeeinrichtung über die Rückgabe der eventuell bis zu diesem Zeitpunkt nicht genutzten aufsaugenden Inkontinenzhilfsmittel aus dem ambulanten Bereich zu informieren ist.

Seniorenzentrum „Grünes Herz“
GmbH & Co. KG
Gartenstraße 14
99894 Friedrichroda



Postvollmacht

Herr / Frau _____ bevollmächtigt die Mitarbeiter/innen der Verwaltung
des Seniorenzentrums „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG, die für

Herrn / Frau _____

eingehende Post in Empfang zu nehmen und an sie weiterzuleiten. Mit dieser
Vollmacht ist keine Berechtigung verbunden, dass eingehende Post von Mitarbeitern
des Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG geöffnet werden darf.

Wünscht der Bewohner, dass eingehende Post an andere Personen weitergeleitet
wird, so ist dies gesondert zu vereinbaren.

Friedrichroda, den _____

Unterschrift

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
Gartenstraße 14
99894 Friedrichroda
Tel.: 03623/31980
Fax: 03623/3198111



Vertrag

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Basis-SEPA-Lastschriften

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Datum, Ort und Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Basis-Lastschrift-Mandats

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH und Co. KG Friedrichroda widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Lastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH und Co. KG Friedrichroda, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH und Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

_____/_____
Kreditinstitut (Name und BIC)

IBAN: DE ____/____/____/____/____/____

Datum, Ort und Unterschrift

Vor dem ersten Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird mich das Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH und Co. KG über den Einzug in dieser Verfahrensart unterrichten.



Merkblatt Klinikeinweisung

Für den Notfall einer, oftmals kurzfristig zu organisierenden, Klinikeinweisung bitten wir Sie, für Ihre/-n Angehörige/-n eine Tasche mit den nötigen Sachen zu packen.

Bitte legen Sie eine Auflistung des Inhalts bei.
Die Tasche sollte folgenden Inhalt haben:

- 2 Handtücher
- 2 Waschlappen
- Hygiene- und Kosmetikartikel
- Unterwäsche
- Nachtwäsche
- Hausschuhe

Wir möchten Sie ebenso darum bitten, nach erfolgter Krankenhausbehandlung die Notfalltasche zu überprüfen und neu zu packen.

Für Ihre Unterstützung bedanken wir uns im Voraus.



Besondere Regelung für den Krankheits -bzw. Todesfall

Hiermit weise ich,

Herr/Frau: _____

geb. am: _____

das Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG an, in meinem Krankheits- bzw. Todesfall folgende Person umgehend zu benachrichtigen:

Herr / Frau: _____

wohnh. in: _____

Telefon: _____

Im Falle meines Ablebens soll der im Heim sichergestellte Nachlass, auch ohne Vorlage einer erbrechtlichen Legitimation, verfügbar gemacht werden:

Herr / Frau: _____

wohnh. in: _____

Telefon: _____

Eine letztwillige Verfügung über diese Gegenstände bleibt durch die hier erteilte Anweisung unberührt. Diese Regelung wird getroffen, um das Heim von einer Nachlassverwaltung zu befreien.

Folgendes Bestattungsunternehmen soll mit der Erledigung der Formalitäten beauftragt werden:

Name des Bestattungsinstitutes: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Friedrichroda, _____

Ort und Datum

Unterschrift der Bewohnerin/des Bewohners
bzw. des gesetzlichen Vertreters

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG



Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
99894 Friedrichroda, Gartenstraße 14

Telefon: 03623/319 8 - 0
Telefax: 03623/319 8 111

**Alle Angehörigen und
rechtlichen Betreuer der Bewohner des
Seniorenzentrums „Grünes Herz“**

Heimleitung

Telefon: 03623/319 8 - 333
Friedrichroda, 01.10.2023

Anmeldung bei Besuchen im Seniorenzentrum „Grünes Herz“

Sehr geehrte Damen und Herren,

bei den Besuchen Ihrer Angehörigen oder rechtlich Betreuten in unserem Seniorenzentrum „Grünes Herz“ bitten wir Sie, sich bei unseren Mitarbeitern auf den entsprechenden Wohnbereichen oder der Rezeption anzumelden.

Auf diese Weise kann die bestmögliche Pflege und Betreuung Ihrer Angehörigen oder rechtlich Betreuten sichergestellt werden.

Bitte geben Sie diese Information auch an Verwandte, Freunde und Bekannte weiter!

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Matthias Heil
Dipl.-Gerontologe
Heimleitung

gez.
Jörn Federmann
Pflegedienstleitung

Sitz der GmbH & Co. KG:
Bankverbindung:
Geschäftsführer:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413
Hypo- und Vereinsbank AG, Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86
IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498
Schwester Uta Fischer



Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG
99894 Friedrichroda, Gartenstraße 14

Telefon: 03623/319 8 - 0
Telefax: 03623/319 8 111

**Alle Angehörigen und
rechtlichen Betreuer der Bewohner des
Seniorenzentrums „Grünes Herz“**

Heimleitung

Telefon: 03623/319 8 - 333
Friedrichroda, 01.09.2021

Kundeninformation zur Bewohnerwäsche

Sehr geehrte Damen und Herren,

um einen reibungslosen Ablauf in der Wäscheversorgung der Heimbewohner zu gewährleisten, ist die Wäsche bevor sie in den Umlauf gelangt **GRUNDSÄTZLICH zuerst im Schwesterndienstzimmer abzugeben!!!** Dies gilt auch für zukünftig neu angeschaffte Bekleidung.

Nur auf diese Weise kann vermieden werden, dass die Wäschestücke der Bewohner ungekennzeichnet bzw. gepatcht den Weg in die Wäscherei finden und somit leider abhandenkommen können.

Bitte teilen Sie diese Informationen auch Ihren Verwandten, Freunden und Bekannten mit.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

gez.
Matthias Heil
Dipl.-Gerontologe
Heimleitung

gez.
Jörn Federmann
Pflegedienstleitung

Sitz der GmbH & Co. KG:
Bankverbindung:
Geschäftsführer:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413
Hypo- und Vereinsbank AG , Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86
IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498
Schwester Uta Fischer



Heimleitung

Telefon: 03623/319 8 - 333
Friedrichroda, 01.06.2021

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem 25. Mai 2018 gelten neue Regelungen zum Datenschutz. Die von der Europäischen Union erlassene Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und das neue Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sehen vor, dass alle Stellen, die personenbezogene Daten verarbeiten, die betroffenen Personen ausführlich u.a. darüber informieren, für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage ihre Daten verarbeitet werden und welche Rechte ihnen nach der DSGVO zustehen (Artikel 13 und 14 DSGVO).

Auch Ihre pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten (Name, Geburtsdatum etc.) hinaus insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Diese Daten können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Umfang auch an Dritte (z.B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen, indem Sie die jeweilige Einwilligung ankreuzen und die Erklärung unterzeichnen. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft von Ihnen widerrufen werden.

Bestellung zum Externen Datenschutzbeauftragten (DSB) gemäß Artikel 37 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 38 f. DSGVO:

Kirchhoff Datensysteme Services GmbH & Co. KG

Herr Martin Flechs

Datenschutzbeauftragter

Vollbrachtstraße 17

99086 Erfurt

martin.flechs@kds-kg.de

Tel.: +49 (0)361 6646171

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung und verbleiben

mit freundlichen Grüßen

gez.

Matthias Heil

Dipl. Gerontologe

Heimleitung

Sitz der GmbH & Co. KG:

Bankverbindung:

Geschäftsführer:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413

Hypo- und Vereinsbank AG, Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86

IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498

Schwester Uta Fischer



Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtsentbindungserklärung

An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung (bitte das Zutreffende Ankreuzen). In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich, _____ willige ein, dass das Heim für den Fall

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens oder in die Häuslichkeit

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter des Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Die erteilten Einwilligungen kann der Bewohner ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle:

Seniorenzentrum „Grünes Herz“

Gartenstrasse 14
99894 Friedrichroda

Heimleitung: Matthias Heil
Telefon: 03623 / 3198-0
Telefax: 03623 / 3198-111
E-Mail: heimleitung@seniorenzentrum-gruenes-herz.de

widerrufen!

Friedrichroda, _____

Seniorenzentrum „Grünes Herz“ GmbH & Co. KG



Mitunterzeichner und Funktion

Sitz der GmbH & Co. KG:

Bankverbindung:

Geschäftsführer:

Friedrichroda, Registergericht Jena Nr. HRA 102413

Hypo- und Vereinsbank AG , Kto. 553 99 19 BLZ 820 200 86

IBAN: DE44 8202 0086 0005 5399 19 BIC: HYVEDEMM498

Schwester Uta Fischer