

Herzlich Willkommen



Altenpflegeheim St. Elisabeth – Stift
St. Elisabeth-Straße 12
49688 Lastrup
Telefon: 04472 / 950 245
Fax: 04472 / 950 248

Psychiatrisches Pflegeheim
St. Elisabeth-Straße 10
49688 Lastrup
Telefon: 04472 / 950 114
Fax: 04472 / 950 100

Sehr geehrte(r) _____

Mit der Heimaufnahme besteht für uns die Pflicht (Paragraph 8 des Heimgesetzes) Aufzeichnungen zu führen. Schon bei der ersten Kontaktaufnahme haben wir Sie um Informationen gebeten. Nunmehr bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen und um Vorlage der benötigten Unterlagen. Natürlich sind wir Ihnen gerne behilflich und bitten Sie, sich bei Fragen mit uns in Verbindung zu setzen. Für Ihre Bemühungen und Ihr Verständnis danken wir und bitten um eine gute Zusammenarbeit.

Hinweis zum Datenschutz: Ihre Daten werden vertraulich und nach den Vorschriften des kirchlichen Datenschutzgesetzes behandelt. Es gelten die festgelegten Löschfristen.

Tag der Heimaufnahme: _____

• **Angaben zur Person:**

Name: _____

Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____ und Ort: _____

• **Anschrift vor der Heimaufnahme:**

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Beruf (bitte nicht Rentner(in)): _____

• **Familienstand:** () led. () verh. () verw. () gesch. seit: _____

• **Konfession:** () rk. () lt. () _____

• **Staatsangehörigkeit:** _____

• **Anschriften von Verwandten oder Freunden / Bekannte, die im Notfall zu benachrichtigen sind:**

Bitte mindestens zwei Anschriften mit:

Verwandtschaftsverhältnis, Name, genaue Anschrift, Telefon dienstl. / privat angeben.

1. _____

2. _____

3. _____

Angaben zum Ehegatten des Bewohners / der Bewohnerin

Bitte Angaben eintragen. Diese Angaben werden bei der Anmeldung benötigt !

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Datum der Heirat: _____ Ort: _____

Todestag: Ort: _____

- **Ist ein Betreuer / eine Betreuerin bestellt?** Ja Nein
(Wenn ja, bitte Bestallungsurkunde vorlegen)

Name und Anschrift: _____

Wirkungskreis: _____

Zuständiges Amtsgericht: _____

Aktenzeichen: _____

- **Ist eine Vorsorgevollmacht Patientenverfügung vorhanden?**
(wenn ja – bitte Zutreffendes ankreuzen)

- **Krankenkasse/Pflegekasse:** _____ Vers.Nr. _____

Anschrift, PLZ Ort: _____

- Bitte die Scheckkarte von der Krankenkasse mitbringen-

- **Besteht Befreiung von der Rezeptgebühr?** Ja Nein
(Wenn ja, bitte Bescheid der Krankenkasse vorlegen)

- **Pflegegrad nach dem SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz)**

1 2 3 4 5

(Bitte den Bescheid über die Einstufung durch die Pflegekasse beifügen!)

Ist ein Antrag auf stationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt worden?

Ja Nein

- **Werden die restlichen Kosten vom Sozialamt getragen?**

Ja Nein

Wenn ja, ist ein Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten beim Sozialamt gestellt worden?

Ja Nein

Sozialamt in: _____

Aktenzeichen (falls bekannt) _____

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Ärztliches Zeugnis

Hiermit bestätige ich gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 das bei dem o. a. Patienten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit einschließlich einer Lungentuberkulose vorhanden sind.

Ort, Datum	Stempel	Unterschrift des Arztes
------------	---------	-------------------------

Zur Information:

- Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 wird das Bundesseuchengesetz weitreichend novelliert. Seit dem 01. Januar 2001 soll die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten verdeutlicht und gefördert werden.
- In § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz heißt es: Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 und 1a des Heimgesetzes 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 ansteckenden Krankheit vorhanden sind (nicht älter als sechs Monate).
- Konsequenz dieser Regelung ist daher, dass auch den **Träger eine Verpflichtung trifft**, den zukünftigen Bewohner auf diese Rechtslage hinzuweisen und die **entsprechenden Unterlagen vor Heimeinzug zu verlangen**. Dies resultiert auch aus der Fürsorgepflicht des Trägers gegenüber den meist rechtsunkundigen zukünftigen Bewohnern.

Vorsorgevollmacht

Ich, _____

(Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift)

errichte hiermit

eine Vorsorgevollmacht in persönlichen und vermögensrechtlichen Angelegenheiten

und erkläre folgendes:

I. Vorbemerkungen

- (1) Die nachstehende Vollmacht soll vermeiden, dass für mich die Betreuung nach §§ 1896 ff. BGB angeordnet wird und geht daher einer Betreuung vor. Der Bevollmächtigte unterliegt nicht den gesetzlichen Beschränkungen eines Betreuers.
- (2) Der Bevollmächtigte soll nach diesem Auftrag von der nachstehenden Vollmacht nur dann Gebrauch machen, wenn ich durch Alter oder Krankheit daran gehindert bin, für mich selbst zu sorgen.

Diese Bestimmung ist jedoch keine Beschränkung der Vollmacht gegenüber Dritten, sondern lediglich eine Anweisung an den Bevollmächtigten, die nur im Innenverhältnis gilt; im Außenverhältnis gegenüber Dritten ist diese und Behörden ist diese Vollmacht unbeschränkt.

II. Vorsorgevollmacht persönliche und vermögensrechtliche Angelegenheiten

(1) Ich bevollmächtige hiermit

- a.
- b.
- c.

- jeden für sich (Einzelvertretungsbefugnis) und nachstehend der Bevollmächtigte genannt – mich in allen persönlichen Angelegenheiten und vermögensrechtlichen Angelegenheiten, soweit dies gesetzlich zulässig ist, gerichtlich und außergerichtlich nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen zu vertreten.

Der Bevollmächtigte ist befugt, Rechtsgeschäfte mit sich im eigenen Namen und als Vertreter Dritter vorzunehmen; ihm wird somit Befreiung von den Beschränkungen des § 181 BGB erteilt.

Diese Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen.

Hierzu gilt im Innenverhältnis folgendes: b. soll von dieser Vollmacht nur dann Gebrauch machen, wenn a. verhindert ist; c. soll von dieser Vollmacht nur dann Gebrauch machen, wenn a. und b. verhindert sind.

In allen persönlichen Angelegenheiten gilt folgendes:

- (2) Der Bevollmächtigte ist berechtigt, mich in allen persönlichen Angelegenheiten, soweit dies rechtlich zulässig ist, zu vertreten. Insbesondere ist der Bevollmächtigte zu allen Erklärungen und Handlungen berechtigt, zu denen ein Betreuer mit oder ohne Genehmigung des Betreuungsgerichtes befugt wäre, wie
- (3)
- a) die Einwilligung, die Nichteinwilligung und den Widerruf von Einwilligungen in Untersuchungen des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme oder des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1904 Abs. 1 und 2 BGB); hierbei ist der Bevollmächtigte auch befugt, Krankenunterlagen einzusehen und alle Informationen von den behandelnden Ärzten einzuholen, die von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Bevollmächtigten hiermit entbunden werden,
 - b) die Einwilligung in eine Unterbringung, die mit einer freiheitsentziehenden Maßnahme im Sinne des § 1906 Abs. 1 BGB verbunden ist,
 - c) die Einwilligung in ärztliche Zwangsmaßnahmen im Sinne des § 1906a Abs. 1 und Maßnahmen im Sinne des § 1906a Abs. 4 BGB,
 - d) die Einwilligung in freiheitsbeschränkende Maßnahmen im Sinne von § 1906 Abs. 4 BGB (Freiheitsentziehung durch mechanische Vorrichtung, Medikamente oder auf andere Weise),
 - e) die Bestimmung meines Aufenthalts wie beispielsweise der Unterbringung in einem Pflegeheim, die Aufnahme in ein Krankenhaus oder die Unterbringung in einer sonstigen medizinischen Einrichtung oder zur Kündigung eines Mietverhältnisses über Wohnraum (§ 1907 BGB).
- (4) Die Vollmacht in persönlichen Angelegenheiten ist nicht übertragbar. Untervollmacht darf nicht erteilt werden.
- (5) Der Bevollmächtigte ist beauftragt und ermächtigt, meine Wünsche, die ich meiner Patientenverfügung niedergelegt habe, Geltung zu verschaffen. Auch ein eventuell bestellter Betreuer ist an diese Weisung gebunden.
- (6) Mir ist bekannt, dass sich eine Bestätigung dieser Erklärung in regelmäßigen Abständen anbietet. Ich wünsche allerdings nicht, dass mir in der konkreten Situation eine Änderung meines hiermit bekundeten Willens unterstellt wird, solange ich ihn nicht ausdrücklich schriftlich oder nachweisbar mündlich widerrufen habe. Insbesondere will ich nicht, dass in dem Fehlen einer Bestätigung ein solcher Widerruf gesehen wird.





III. Schlussbestimmung

- (1) Die Vollmacht soll durch meinen Tod nicht erlöschen. Sie soll auch dann wirksam bleiben, wenn ich geschäftsunfähig werden sollte oder einen Betreuer für mich bestellt wird.
- (2) Sollte trotz der hier bestellten Vollmacht für mich eine Betreuung notwendig werden, bestimme ich, dass der Bevollmächtigte zu meinem Betreuer bestellt wird. Ist der Bevollmächtigte nicht bereit oder in der Lage, meine Angelegenheiten wahrzunehmen, so soll der Betreuer jeweils aus dem Kreis der nächsten Verwandten bestimmt werden.











Ort, Datum, Unterschrift

(Vorlage des Betreuungsvereins Cloppenburg – Osterstrasse 3- 49661 Cloppenburg)

Wäschebedarf eines Bewohners in unserer Einrichtung



- Schlafanzüge/ Nachthemden  mind. 10 Stück
- Leibwäsche  mind. 15 Garnituren
- Socken  mind. 10 Paar
- Oberbekleidung  ca.10 Kombinationen, wie z.B (Rock/ Pullover, Kleid/Bluse,Hose/Strickjacke)

Die Anforderungen an die Wäschausstattung

Oberbekleidung		Waschbar bei mind. 30°C	Baumwolle oder Baumwolle/ Polyestergemisch
		Und trocknergeeignet 120°C	Auf Wollanteile verzichten. Wenn die Ware als „waschbar“ ausgezeichnet ist, ist damit Haushaltswäsche oder Schonwaschgang gemeint. Diese Wäsche kann nicht nach den hygienischen Richtlinien für die Bearbeitung von Bewohnerwäsche behandelt werden
Leibwäsche		Waschbar bei 95°C	Kochfeste weiße Wäsche aus 100% Baumwolle
		Trocknergeeignet bis mind. 120°C	Baumwolltextilien laufen ca.5-10% ein, achten sie auf die Größen
		Bügeltemperatur 3 Punkte	
Nachtwäsche und Socken		Waschbar bei mind. 60 °C	Kochfeste Nachthemden aus 100% Baumwolle oder Polyestergemisch
		Trocknergeeignet bis mind. 120°C	Baumwolltextilien laufen ca.5-10% ein, achten sie auf die Größen
		Bügeltemperatur mind. 2 Punkte	
Bademantel		Waschbar bei 60°C	Aus 100% Baumwolle oder Baumwolle/ Polyestergemisch
		Trocknergeeignet bis mind. 120 °C	

Da wir in der Wäschebehandlung hygienische Wäscheverfahren einhalten, ist die beschriebene Qualitätsanforderung zwingend zu beachten. In unserer hauseigenen Wäscherei und in der Fremdwäscherei kann nur Wäsche in gutem Zustand und mit dem Merkmal 100% „waschbar“ und „trocknergeeignet“ verarbeitet werden. Für Wäsche, die dieser Anforderung nicht entspricht, wird keine Haftung bei Schäden durch den Waschvorgang übernommen.

Besonderer Hinweis: Bekleidung mit den Pflegkennzeichen: **Schonwaschgang** , **Handwäsche**  oder **Chemische Reinigung**

  dürfen nach den Hygienerichtlinien nicht in der hauseigenen Wäscherei gewaschen werden. Hier bleibt nur die **Chemische Reinigung** gegen Bezahlung. **Achten Sie bitte auf diese Kennzeichen!**