



*Wichtige  
Informationen  
zum  
Leben im Heim*

*Gemeinsam – nie einsam*



Liebe Heiminteressenten,  
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Haus.

Diese Broschüre enthält alle Informationen über unser Haus bzw. das allgemeine Leben im Heim.

Wir sind ein Senioren- und Pflegeheim und bieten auch Kurzzeitpflege an. Außerdem gibt es die Möglichkeit des Probewohnens. Unsere Einrichtung besteht aus drei Gebäuden – verfügt über Ein- und Zweibettzimmer – insgesamt 132 Betten.

Für ein persönliches Informationsgespräch mit Heimbeseichtigung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, vereinbaren Sie hierzu bitte einen Termin mit Frau Peinhofer. Unser Büro ist von Montag bis Donnerstag 08:00 bis 12:00 Uhr und 12:30 bis 16:30 Uhr Freitags von 08:00 Uhr bis 14:30 Uhr besetzt.

Für eine unverbindliche Heimanmeldung, benötigen wir den vollständig ausgefüllten „Fragebogen zur Heimaufnahme“ und den vom zurzeit behandelnden Arzt und der/n Pflegeperson/en ausgefüllten „ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme“.

## 1. Preisinformation

### 1.1 Preisinformation für den vollstationären Aufenthalt

Wie Sie der beiliegenden Auflistung entnehmen können, sind die Heimkosten abhängig vom Pflegegrad.

Laufzeit 01.09.20 – 31.09.21

<b>Pflegegrad</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Pflegebedingter Aufwand	35,26 €	49,03 €	65,21 €	82,07 €	89,63 €
Unterkunft und Verpflegung (9,71 € + 11,76€)	22,09 €	22,09 €	22,09 €	22,09 €	22,09 €
Investitionskosten lt. § 82 Abs. 3 SGB XI	16,47 €	16,47 €	16,47 €	16,47 €	16,47 €
Ausbildungszuschlag gesetzlich	1,82 €	1,82 €	1,82 €	1,82 €	1,82 €
<b>Gesamter Tagessatz</b>	<b>75,64 €</b>	<b>89,41 €</b>	<b>105,59 €</b>	<b>122,45 €</b>	<b>130,01 €</b>
Monatspreis (30,42 Tage)	2.300,97 €	2.719,85 €	3.2012,05 €	3.724,93 €	3.954,90 €
Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen	-125,00 €	-770,00 €	-1.262,00 €	-1.775,00 €	-2.005,00 €
<b>Endpreis (30,42 Tage)</b>	<b>2.175,97 €</b>	<b>1.949,85 €</b>	<b>1.950,05 €</b>	<b>1.949,93 €</b>	<b>1.949,90 €</b>

In den Preisen ist enthalten:

- Vollverpflegung bestehend aus Frühstück, Zwischenmahlzeit, Mittagessen, Kaffee, Kuchen, Abendessen, Tees und Getränke zu den Mahlzeiten.
- Pflege, Mobilisierung und psychische Betreuung
- Waschen der Kleidung (keine Reinigung)
- Reinigen der Zimmer
- Veranstaltungen im Heim wie z.B. Frühschoppen, Bastel- und Kaffeenachmittage und die Busfahrt für unsere Kaffeefahrten.

In den Preisen ist **nicht** enthalten:

- Zuschläge für Einzelzimmer (Haus I: 1,90 €/Tag, Haus II: 3,50 €/Tag, Haus III: 4,20 €/Tag)
- Aufpreis für Haus III (alle Plätze): 3,10 €/Tag
- Rezeptgebühren
- Einkäufe in unserem hauseigenen Kiosk
- Taxifahrten
- Fußpflege
- Friseur
- Telefongebühren + Grundgebühr (2,50 €)

**(Zusatzleistungen werden von den Sozialämtern nicht getragen.)**

Die Kosten für den pflegebedingten Aufwand/Unterkunft u. Verpflegung wurden mit den Pflegekassen und dem Bezirk Oberbayern im September 2016 vereinbart. Berechenbare Investitionskosten laut § 82 Abs. 3 SGB XI wurden der Regierung von Oberbayern gemeldet und mit dem Bezirk Oberbayern vereinbart.

### **1.1.1 Finanzierung der Heimkosten**

Wer in einem Seniorenheim wohnen will, muss diesen Aufenthalt grundsätzlich selbst finanzieren. Die Höhe des Heimentgelts resultiert aus den individuellen Pflegesatzvereinbarungen jeder Einrichtung. Entscheidenden Einfluss auf die Höhe des Entgelts hat darüber hinaus der Grad Ihrer Pflegebedürftigkeit, welcher in der Regel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. bei privaten Krankenkassen durch einen zugehörigen Arzt, im Auftrag der Pflegekasse festgestellt wird. Den **Antrag auf Pflegegrad** erhalten Sie von Ihrer Pflegekasse. Um die Bearbeitung der Einstufung voranzutreiben wäre ein ärztliches Attest ratsam.

### 1.1.1.1 Leistungen des Sozialamtes

Weiterhin können Sie **Leistungen des Sozialamtes** erhalten, wenn Sie „heimpflegebedürftig“ sind und den Aufenthalt in einer Einrichtung nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Heimpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Haushalt alleinverantwortlich zu führen.

Bitte legen Sie hierfür folgende Unterlagen ihrem Sozialamt vor:

- Sozialhilfeantrag
- Kontoauszüge der letzten sechs Monate (wenn nicht vorhanden, Einsichtsermächtigung für das Sozialamt)
- Pflegegradbescheid (wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, ein Attest des Hausarztes der die Heimpflegebedürftigkeit bestätigt)
- Rentenbescheide und sonstiges Einkommen

Wenn vorhanden:

- alle Arten von Ausweisen (Reisepass; Ausweis; Schwerbehindertenausweis; Rezeptgebührenbefreiungsausweis usw.)

Wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, d. h. wenn Sie weniger als 45 Minuten Pflegeaufwand benötigen wenden Sie sich bitte an das Landratsamt in Rosenheim  
Tel.: 08031/392-0

Wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, wenden Sie sich bitte an den Bezirk Oberbayern  
Tel.: 089/2198-01

Beide Sozialämter sind Ihnen bei Fragen behilflich bzw. werden Ihre Sozialhilfeanträge an das zuständige Sozialamt weiterleiten falls ein Sozialamt außerhalb von Oberbayern die Kosten übernehmen soll.

### 1.1.1.2 Beihilfe

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, **Beihilfe** in Anspruch zu nehmen, wenn Sie beihilfeberechtigt und pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, d. h. wenn Sie oder Ihr Ehegatte Beamter waren.

### 1.1.1.3 Rezeptgebührenbefreiung

Sie können für ein laufendes Jahr einen Rezeptgebührenbefreiungsausweis bei der Krankenkasse beantragen, wenn die Zuzahlungen im Jahr bereits über 1% bzw. 2% der Bruttoeinnahmen liegen.

## 1.2 Preisinformation für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Alle Pflegebedürftigen, die bereits Pflegeleistungen der Pflegekasse erhalten oder direkt von einem Krankenhaus (Überleitungsantrag muss gestellt sein) in eine vollstationäre Einrichtung gehen wollen, bietet sich die **Kurzzeitpflege** an. Die Kurzzeitpflege wird von den Pflegekassen finanziell unterstützt. Es werden für Pflegeleistungen bis zu 1612,00 € bis zu vier Wochen im Jahr von der Pflegekasse bezahlt. Wie lange Sie in einer Einrichtung verweilen können, um die 1.612,00 € auszuschöpfen, hängt von den jeweiligen Tagessätzen ab. Bitte achten Sie bei Ihrer Planung darauf, dass Sie einen täglichen Eigenanteil von **43,18 €** bezahlen müssen. Dieser Eigenanteil ist mit den gesetzlichen Pflegekassen und den Einrichtungen festgelegt. Bei privaten Pflegekassen gibt es eventuell Unterschiede, die Ihnen Ihre Pflegekasse erklären wird.

Ein „anderes Angebot“ der Pflegekasse ist die **Verhinderungspflege**. Sie gliedert sich genauso auf wie die Kurzzeitpflege, die Voraussetzung ist jedoch, dass man mindestens seit einem Jahr Pflegeleistungen erhält. Die Verhinderungspflege wird geleistet, wenn die Kurzzeitpflege „aufgebraucht“ ist und die pflegende Person selbst verhindert ist, z. B. im Krankenhaus, Urlaub usw...

Pflegegrade	1	2	3	4	5
Tagessatz (Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen)	*)	80,06 €	80,06 €	80,06 €	80,06 €
<b>Täglicher Eigenanteil</b> (Investitionskosten+ Ausbildungszuschlag 1,82€ Unterkunft u. Verpflegung)	<b>78,44 €</b>	<b>43,18 €</b>	<b>43,18 €</b>	<b>43,18 €</b>	<b>43,18 €</b>
Wie viele Tage können ca. ausgenutzt werden?	beliebig	20	20	20	20
<b>Endpreis (Eigenanteil)</b>		<b>863,12 €</b>	<b>863,12 €</b>	<b>863,12 €</b>	<b>863,12 €</b>

Der Eigenanteil ist bei allen gesetzlichen Pflegekassen festgelegt.

Die in dem Tagessatz enthaltenen bzw. nicht enthaltenen Leistungen können Sie dem Punkt 1.1. entnehmen.

\*) Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Krankenkasse ob beim Pflegegrad 1 eine mögliche Zuzahlung besteht.

## 2. Was benötige ich beim Einzug bzw. für einen Heimaufenthalt

Um Ihnen die Heimaufnahme so einfach wie möglich zu gestalten, gibt Ihnen diese Auflistung alle notwendigen Informationen über die benötigten Unterlagen. Wir bitten Sie diese am Tag des Einzuges vollständig im Büro abzugeben.

### 2.1 Unterlagen

- Vollständig ausgefüllter „Fragebogen zur Heimaufnahme“
- Vom zuletzt behandelten Arzt ausgefüllter „Ärztlicher Fragebogen“ mit „Pflegegraderfassungsbogen“
- Krankenversicherungskarte
- Pflegegradbescheid bzw. Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse bei Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

#### Falls vorhanden:

- Rezeptgebührenbefreiungsausweis
- Kopie der Betreuerurkunde
- Unterlagen über Bestattungsvorsorge

#### Für Sozialhilfeempfänger:

- Kopie der Rentenmitteilung
- Vorläufiger Kostenübernahmebescheid

#### Bitte im Falle des Todes bereithalten:

- Personalausweis oder Reisepass
- Kopie der Heiratsurkunde evtl. Sterbeurkunde des Gatten (wenn keine Bestattungsvorsorge abgeschlossen wurde)
- Kopie der Geburtsurkunde (nur bei ledigen, wenn keine Bestattungsvorsorge abgeschlossen wurde)

### WICHTIGER HINWEIS:

Wir bitten Sie für die ersten Tage nach dem Einzug ins Heim für die ausreichende Versorgung mit den notwendigsten Medikamenten zu sorgen, damit keine „Versorgungslücke“ entsteht.

**Vorschlag zur Bewohner – Grundausrüstung!**  
**Gesundheitszustand bitte beachten / Was wird wirklich gebraucht?**

<b>Damenkleidung</b>	<b>Menge</b>		<b>Menge</b>
Unterhemden	7	Strickjacken	2
Schlüpfer	7	Wintermantel	1
Nachthemden	7	Bademantel	1
Strumpfhosen	5	Jogging-Anzug	2
Söckchen	4	Sommer- und Winterhut	1
Pullover Sommer/Winter	4	Feste Schuhe	1
Blusen Sommer/Winter	4	Sandalen	1
Röcke	3	<b>geschlossene</b> Hausschuhe	1
Kleider	3		

<b>Herrenkleidung</b>	<b>Menge</b>		<b>Menge</b>
Unterhemden	7	Strickjacken	2
Unterhosen	7	Wintermantel	1
Pyjama	5	Bademantel	1
Socken	5	Jogging-Anzug	2
Hosenträger	2	Sommer- und Winterhut	1
Pullover Sommer/Winter	4	Feste Schuhe	1
Polo- oder T-Shirt	3	Sandalen	1
Oberhemden	4	Hausschuhe	1
Hosen	4	Sakko	1

**Kosmetika**

Prothesenbecher	Zahnputzbecher
Kukident	Zahncreme
Haarbürste/Kamm	Deo

Bettwäsche, Waschlappen und Handtücher werden vom Heim gestellt.  
 Bitte bringen Sie „**pflegeleichte Wäschestücke**“ mit (keine Wäsche, die Wollwaschgang oder Kaltwäsche bedarf). Wäschestücke die einer chemischen Reinigung bedürfen werden privat berechnet.  
 Bitte keine Textiltaschentücher.

Alle Wäschestücke sind mit Namensschildern zu versehen.

Wir bestellen für Sie die Wäschenamen auf Ihre Rechnung (100 Stk/ca. 20,00 €) und patchen diese dann für Sie kostenfrei ein.

**Wäsche ohne Namen bitte zum Etikettieren im Büro oder bei der Stationsleitung abgeben. Schuhe und Hausschuhe bitte mit Namen versehen (evtl. mit wasserfestem Stift).**

Wir waschen mehr als 1000 Wäschestücke am Tag. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es bei dieser großen Menge zu einzelnen (z. B.) Namensverwechslungen kommen kann. Sollten Sie ein Wäschestück vermissen, bitten wir Sie, dies im Büro zu melden.

# HAUS LOHHOLZ

Senioren-und Pflegeheim

## Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

83059 Kolbermoor\*Fabrikstraße 8\*Tel.: 08031/ 291-0\*Fax 08031/ 291-180\*IK. 510911024\*Ust-IdNr.DE812103992

Bitte Rückseite beachten!

Um die individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen, bzw. Patienten größtmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir bitten sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten. Die Anamnese ist am Pflegemodell "AEDL - Aktivitäten und existentielle Erfahrung des Lebens" nach Monika Krohwinkl orientiert, auf dem auch unser Pflegekonzept beruht.

### Nur vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:

I. Vor-und Zuname, Titel des Patienten	Vor- und Zuname / Titel		
II. Geburtsname,-datum,-ort des Patienten	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
III. Adresse des Arztes bzw. des Krankenhauses	Name/Straße		
	PLZ/Ort		☎
	Station		☎
	Arzt		☎
1. Geistig-seelische Störung oder Behinderung – Art -			
2. Diagnosen			
3. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?	Ja	Nein, welche?	
4. Geschlossene Unterbringung notwendig?	Ja, warum?	Nein	
5. Hinweise und Bemerkungen			
6. Kann eine Demenz bestätigt werden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	Bemerkungen: _____		
Ort/Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel	

### Von der(n) Pflegeperson(en) bitte ausfüllen:

	Ja	Nein	nähere Details
<b>1. Kommunikation</b>			
selbständiges Kommunikationsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschränkungen der Sinnesorgane? (welche, Hörgerät...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>2. Bewegung</b>			
selbständige Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel zur Fortbewegung? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dauerhaft bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte Rückseite beachten!



	Ja	Nein	nähere Details
<b>3. Pflege</b>			
selbständige Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Gewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Haut intakt? (z.B. Allergien, Ekzeme, Wunden?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>4. Essen und Trinken</b>			
selbständige Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel beim Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Eß- und Trinkgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG-Sonde angelegt, oder geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. Ankleiden</b>			
selbständiges kleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Ausscheiden</b>			
selbständige Stuhlausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Harnausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden Hilfsmittel benutzt? (z.B. Katheter, Einlagen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Besonderheiten? (z.B. Verstopfung, Stoma usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>7. Schlafgewohnheiten</b>			
Schlafstörungen? (welche, wie oft, z.B. nächtliches Aufstehen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Schlafgewohnheiten? (z.B. Mittagsschlaf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelmäßige Einnahme von Schlafmedikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8. Umgebung</b>			
Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich, örtlich Orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>9. Äußeres</b>			
Wert auf gepflegtes äußeres Erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Bisherige Lebensumstände</b>			
Lebte die Person bis zur Heimaufnahme allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**11. weitere wichtige Informationen**

Körpergröße: \_\_\_\_\_

---



---



---

Ort/Datum	Unterschrift der Pflegeperson
-----------	-------------------------------

Bitte reichen Sie bei der Aufnahme  
 dringend den  
 vom Arzt unterzeichneten  
 Medikamentenplan ein!

# HAUS LOHHOLZ

Senioren- und Pflegeheim

Bitte Rückseite beachten!

## Fragebogen zur Heimaufnahme

83059 Kolbermoor \*Fabrikstraße 8\* Tel.: 08031/ 291-0\* Fax 08031/ 291-180\* IK. 510911024\* Ust-IdNr.DE812103992

Von wem empfohlen?:

1. Persönliche Angaben	Vor- und Zuname		Titel		
	Geburtsname		Geburtsdatum		
	Geburtsort				
	Straße				
	PLZ/Ort				
	Derzeitiger Aufenthaltsort / Straße				
	PLZ/Ort				
	Familienstand		Staatsangehörigkeit		Vermittelt durch:
Konfession		Sprache		Anmeldungen in anderen Heimen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
2. Angehörige (zuständige Person bitte an erster Position)	a) Vor- und Zuname		Verwandtschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  landy		
	PLZ/Ort				
	b) Vor- und Zuname		Verwandtschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  landy		
	PLZ/Ort				
	c) Vor- und Zuname		Verwandtschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  landy		
	PLZ/Ort				
3. Betreuer (amtlich oder notariell beglaubigt)	Vor- und Zuname				
	Straße		ggf.  Fax,  landy		
	PLZ/Ort				
	Postvollmacht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		ggf. weiterleiten an:		
	Wirkungskreis der Betreuung		Beschluss gültig bis:		
4. Hausarzt	Vor- und Zuname		Fachgebiet		
	Straße		ggf.  Fax,  landy		
	PLZ/Ort				

6. Krankenkasse	Name		
	Straße		Rezeptgebührenbefreit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	PLZ/Ort		gültig von - bis:
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In	
7. Pflegekasse	Name		
	Straße		Pflegegrad (oder beantragt?) I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
	PLZ/Ort		Pflegegrad seit:
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In	
8. Kostenträger (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Das monatliche Einkommen (z.B. Mieten+Renten) übersteigt 1.530,00€ bzw. bei Pflegegrad I 1.997,71€ (durchschnittliche Pflegekosten von Pflegegrad II - V bzw. Pflegegrad I - siehe Preisliste) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	liegt das Vermögen über 5.000,00€/ bei Ehepaare über 10.000,00 €(Vermögensfreigrenze für Sozialhilfeempfänger) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	Beihilfeberechtigt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag gestellt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Rechnungsempfänger		
	Straße		
	PLZ/Ort		
	Name des Sozialamtes		Aktennummer:
	Straße		Sachbearbeiter/in
	PLZ/Ort		
	Sozialamt		
9. Bankverbindung (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Kontoinhaber		IBAN
	Name der Bank		BIC
10. Aufnahme / Unterbringung	Voraussichtliches Einzugs- Auszugsdatum: KZP <input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/>		Wünschen Sie  im Zimmer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Dreibettzimmer
11. Bestattungsvorsorge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bestatter:	
12. Patientenverfügung	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Bitte Kopie in der Verwaltung abgeben.	
13. Ausweise (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Personalausweis-Nr.		gültig bis:
	Reisepass-Nr.		gültig bis:
	Behindertenausweis-Nr.	Grad der Behinderung in %	gültig bis:
14. Sonstiges / Bemerkungen	Rollstuhl, Gehwagen usw. vorhanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Von der Krankenkasse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
15. Kleidung einmerken	Die Kleidung muss mit Webetiketten eingemerkt (gepatcht) werden. Wir bitten um Abgabe der Kleidung fünf Tage vor Einzug. Sollte es nicht zum Einzug kommen, bitten wir um Verständnis, dass die Namensetiketten in Rechnung gestellt werden.		
Ort	Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden	

# Wichtig vor der Heimaufnahme

Name des Bewohners: .....

## Eine Woche vor der Heimaufnahme:

### Bitte klären Sie die ärztliche Versorgung ab:

Bitte sprechen Sie spätestens eine Woche vor der Heimaufnahme mit dem bisher zuständigen Hausarzt ob er die ärztliche Betreuung im Heim durchführen wird, oder ob er Ihnen einen anderen Arzt vorschlagen will, der Hausbesuche im Heim durchführen kann.

Bitte kreuzen Sie zutreffendes an:

- Ich kläre mit dem bisherigen Hausarzt ab, ob er nach dem Heimeinzug auch die Hausbesuche weiterhin im Haus Lohholz machen kann oder machen wird.
  
- Einer der das Haus Lohholz betreuenden Ärzte soll die weitere Versorgung im Heim übernehmen – Ich kläre mit einem der unten aufgeführten Ärzte ab, wer zukünftig die Versorgung übernehmen soll.

**Bitte teilen Sie uns spätestens eine Woche vor dem Einzug mit, welcher Arzt die weitere ärztl. Betreuung zugesagt hat.**

Ärzte aus Kolbermoor bzw. Umgebung, die Hausbesuche bei uns durchführen:

- Dr. Bensing 08031/99735
- Dr. Lamminger 08031/91071
- Dr. Ulowetz 08031/5141
- Dr. Urbas 08031/92479
- Dr. Rollhausen 08061/937440
- Dr. Rosenfeldt 08031/13236

# Wichtig vor der Heimaufnahme

## Ärztlicher Fragebogen

- Bitte spätestens eine Woche vor der Aufnahme den ausgefüllten ärztlichen Fragebogen abgeben

## Spätestens am Vortag der Aufnahme:

-Bitte bringen Sie, oder faxen Sie uns spätestens eine Woche vor der Heimaufnahme den aktuellen Medikamentenplan mit ärztlicher Unterschrift, damit wir den Bewohner korrekt versorgen können.

- Bewohner aus dem Krankenhaus- spätestens am Vortag der Aufnahme.

## Kleidung

- Bitte eine Woche vor der Aufnahme die Kleidung im Haus abgeben, damit diese vor dem Einzug im Heim gekennzeichnet werden kann und der Bewohner nach dem Waschen seine Kleidung zurück bekommt.

**Falls es gewünscht ist, bestimmte Kleidungsstücke zu Hause zu waschen, „müssen“ diese auch unbedingt gekennzeichnet werden.**

## Am Heimaufnahmetag:

- bitte alle Medikamente laut Verordnung mitbringen

- bei Verlegung vom Krankenhaus bitte Medikamente für mindestens 3 Tage organisieren

- Versicherungskarte (Befreiungsausweis)

- Hilfsmittel

-Inkontinenzartikel

Kolbermoor, den.....

Unterschrift.....

## Bewohnergerechte Versorgung und Pflege

**Bewohnername:** .....

Wir sind eine offene Einrichtung (mit über 40 Ausgängen) und dies ist ein Qualitätsmerkmal für Selbstbestimmtheit und Freiheit. Unsere Aufgabe ist es, eine bewohnergerechte Versorgung und Pflege zu gewährleisten.

„Hinlaufgefährdete Personen“ können je nach Desorientiertheit und Aktivität bei uns nicht fachgerecht betreut werden.

Es ist – allein baulich - nicht möglich das unbemerkte, bzw. „unbeaufsichtigte“ Verlassen eines Bewohners auszuschließen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen jeder Art greifen in die Persönlichkeitsrechte des Bewohners ein und dürfen nicht veranlasst werden.

Als freiheitsentziehende Maßnahmen werden Maßnahmen bezeichnet, welche die Bewegungsfreiheit eines Menschen gegen dessen Willen einschränken.

Freiheitsentziehende Maßnahmen müssen vorab durch ein Betreuungsgericht genehmigt werden.

Auch bei einer möglichen Selbst- und/oder Fremdgefährdung durch den Bewohner **in der Einrichtung** ist eine korrekte Versorgung nicht möglich.

**Bei der Aufnahme einer Bewohnerin oder Bewohners kann nicht immer eindeutig geklärt werden, ob eine sichere Betreuung in unserer Einrichtung möglich ist.**

Bitte vertrauen Sie unserer Erfahrung und Empfehlung, falls sich nach der Heimaufnahme die Dinge nicht so entwickeln wie gewünscht.

Je nach Situation, muss – im Sinne des Bewohners - schnell gehandelt werden.

Bitte haben Sie Verständnis, wenn der Aufenthalt bei uns vorübergehend oder ganz beendet werden muss.

**Datum& Ort,** .....

**Unterschrift:** .....

## Heim-Aufnahme / Covid-19 – Fragebogen und Bestätigung

Name:..... Geb.-Datum: .....

**Frage 1:** Hat die Person aktuell folgende Beschwerden: Husten, Fieber, Atemnot, Gliederschmerzen, sonstige Erkältungssymptome? Ja  Nein

Wenn die Frage 1 mit Ja beantwortet wurde, dann **benötigen wir bitte dringend vom zuständigen Arzt eine Bestätigung**, dass die Person trotzdem in einer Pflege-Einrichtung aufgenommen werden „darf“.

**Frage 2:** Hatte der „Bewohner“ oder dessen Familie Kontakt mit einer Person, bei der eine Coronavirus-Infektion festgestellt wurde (bis maximal 14 Tage vor Erkrankungsbeginn)? Ja  Nein

**Frage 3:** Hatte sich der Bewohner in den letzten 2 Wochen in einem Risiko-Gebiet aufgehalten? Ja  Nein

**Bestätigung:** Der Bewohner hatte im Krankenhaus, bzw. zu Hause keinerlei Kontakt mit Corona-Patienten. Der Bewohner hat keine Symptome und es besteht kein Verdacht auf eine Corona-Infektion.

**Der Bewohner ist nach derzeitigem Stand frei von einer Corona Infektion?**

Ja  Nein

Ort& Datum: ..... Unterschrift& Stempel Arzt: .....

Unterschrift / Angehörige/r: .....



## **Einverständniserklärung Veröffentlichung von Fotos und Texten im Internet**

**Name:** \_\_\_\_\_

Hiermit erteile ich die Erlaubnis und Einverständnis, dass Fotografien und Texte im Zusammenhang der Homepage/ Facebook veröffentlicht werden dürfen.

Es besteht und ergibt sich kein Haftungsanspruch gegenüber dem Seniorenheim!

Nach § 22 KUG (Kunsturhebergesetz) ist eine Veröffentlichung grundsätzlich nur zulässig, wenn zuvor die Einwilligung der Abgebildeten eingeholt wurde.

Allerdings ist nach § 23 KUG eine Einwilligung nicht erforderlich, wenn die abgebildeten Personen nicht den Motivschwerpunkt bilden, oder sie Teil einer Versammlung / Veranstaltung sind.

Wir weisen darauf hin, dass die Fotos bei der Veröffentlichung im Internet abrufbar sind.

Die Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir und Texte für die Homepage und Facebook verwendet werden dürfen.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

Bewohner/ Angehöriger bzw. Betreuer