

**Wir stellen uns vor!**  
**Seniorenhaus**  
**AGAPLESION DIAKONIESTATION**  
**KRAICHTAL**



**Unterdorfstr. 9**  
**76703 Kraichtal**  
**Telefon: 07250 – 906 0**  
**Fax: 07250-906399**  
**Mail: [info@diakonie-kraichtal.de](mailto:info@diakonie-kraichtal.de)**  
**[www.diakonie-kraichtal.de](http://www.diakonie-kraichtal.de)**

---

**Informationen gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)**

**Sehr geehrte Damen,  
sehr geehrte Herren,**

wir alle wünschen uns, auch im Alter mitten im Leben zu stehen und dabei sicher und geborgen zu sein.

Der Einzug in ein Seniorenheim ist eine bedeutende Veränderung für viele ältere und pflegebedürftige Menschen und deren Familien.

In enger Abstimmung mit den Bezugspersonen der Betroffenen möchten wir Ihnen den Schritt so einfach und angenehm wie möglich gestalten.

Nichts ist uns wichtiger, als uns selbst und unserem Leitbild für das wir stehen, treu zu bleiben.

Unser Bestreben besteht bis zum heutigen Tag darin, Ihre Ansprüche zu den unseren zu machen und unsere Dienstleitungen für Sie regelmäßig zu überprüfen und Ihren Wünschen anzupassen.

Genau diese Art von Veränderung macht unsere Arbeit so erfolgreich: Wir folgen neuen Ideen, ohne das, wofür wir stehen, aus den Augen zu verlieren.

Jeder Mensch ist einzigartig und danach handeln wir.

Mit der vorliegenden Broschüre möchten wir Ihnen das Leben im Seniorenhaus AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL näher bringen und Sie damit von unserer Qualität überzeugen.

***„Lernen Sie uns kennen -  
wir freuen uns auf Sie!“***

Mit freundlichen Grüßen

Ihr  
Jochem Berntzen  
Heimleitung

## **Inhalt**

### **1 Das Unternehmen**

|  |          |
|--|----------|
| <b>1 Das Unternehmen</b>   | <b>4</b> |
| 1.1 Was bedeutet AGAPLESION  | 4        |
| 1.2 Das Seniorenhaus AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL                        | 4        |
| 1.3 Ihre Ansprechpartner im Seniorenhaus<br>AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL | 4        |

### **2 Informationen gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG)** **5**

|   |    |
|---|----|
| 2.1 Einrichtung und Unterkunft  | 5  |
| 2.2 Verpflegung   |    |
| 2.3 Pflege und Betreuung  | 6  |
| 2.4 Welche Pflegegrade gibt es? welche Leistungen sind damit verbunden?         | 6  |
| 2.5 Welche Leistung kann ich von der Pflegekasse in Anspruch nehmen?            | 7  |
| 2.6 Gibt es Leistungen der Pflegekasse, wenn keine Pflegebedürftigkeit besteht? | 7  |
| 2.7 Ergebnisse der Qualitätsprüfung   | 7  |
| 2.8 In den Heimkosten enthaltene Leistungen                                     | 8  |
| 2.9 Das Leistungsentgelt bei Kurzzeitpflege / vollstationärer Pflege            | 8  |
| 2.10 Anpassung des Leistungsentgelts  | 9  |
| 2.11 Kündigung  | 10 |
| 2.12 Verwahrgeldkonto   | 10 |

### **3 Häufig gestellte Fragen und Informationen** **9**

|  |    |
|--|----|
| 3.1 Welche Leistungen für Pflegebedürftige gibt es neben den Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung? | 9  |
| 3.2 Ist eine Ummeldung des Wohnorts notwendig? Was muss ich beachten?  | 9  |
| 3.3 Benötige ich eine Haftpflichtversicherung?   | 10 |
| 3.4 Gibt es feste Besuchszeiten?   | 11 |
| 3.5 Gottesdienste und Andachten  | 11 |
| 3.6 Veranstaltungen  | 11 |
| 3.7 Post   | 11 |
| 3.8 Persönliches Telefon   | 11 |
| 3.9 Ist ein Hausarztwechsel notwendig?   | 12 |
| 3.10 Physiotherapie  | 12 |
| 3.11 Fußpflege   | 12 |
| 3.12 Frisör  | 12 |
| 3.13 Verwaltung  | 12 |

### **4 Serviceleistungen der Bethanien Service & Wohnen** **13**

|   |    |
|---|----|
| 4.1 Haftpflichtversicherung                           | 13 |
| 4.2 Wäschekennzeichnung und chemische Wäschereinigung | 13 |
| 4.3 Einzugsermächtigung                               | 13 |
| 4.4 Anlagen   | 13 |

### **1.1 Was bedeutet AGAPLESION?**

**AGAPLESION** hat den Ursprung aus dem griechischen:  
*„agapéseis tôn plesíon“ = **Liebe den Nächsten.***

AGAPLESION ist ein bundesweiter Verbund von mehr als 100 christlichen Gesundheits- und Pflegedienstleistern. Wir sind im Rhein-Neckar-Raum Ihr kompetenter Ansprechpartner für Wohnen & Pflegen für Senioren. Als christliches Unternehmen ist tätige Nächstenliebe unser Auftrag. Und genau das macht den Unterschied.

### **1.2 Das Seniorenhaus AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL**

Die AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL ist ein gemeinnütziges Unternehmen des Diakonieverbundes Rhein-Neckar. Tätige Nächstenliebe ist unser Auftrag.

Basierend auf dieser Tradition sind wir offen für eine ständige Weiterentwicklung und Anpassung an den aktuellen Pflegebedarf älterer Menschen.

Wir arbeiten nach modernen Qualitätsstandards. Unsere Pflege ist ganzheitlich und aktivierend. Wir begegnen Bewohnern, Gästen und Angehörigen mit Herzlichkeit, Respekt und Empathie.

Die AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL gehört zur AGAPLESION gemeinnützige AG, einem Verbund christlicher Krankenhäuser und Altenpflegeeinrichtungen mit Sitz in Frankfurt am Main. Außerdem sind wir Mitglied im Diakonischen Werk Baden.



### **1.3 Ihre Ansprechpartner**

|                                |                       |
|--------------------------------|-----------------------|
| Heimleitung:                   | Jochem Berntzen       |
| Pflegedienstleitung stationär: | Natascha Siegler      |
| Pflegedienstleitung ambulant:  | Selina Ostermann-Götz |

|                           |                                   |
|---------------------------|-----------------------------------|
| Bewohnerbetreuung:        | Simone Barth                      |
| Vorstand des Heimbeirats: | Erich Bläse, Herbert Jäger        |
| Seelsorge:                | Evangelisches Pfarramt Münzesheim |

Die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitung sind Ihre ersten Ansprechpartner in allen Belangen.

|  |                       |
|--|-----------------------|
| Die Heimleitung erreichen Sie unter:         | Tel.: 07250 – 906 310 |
| Die Pflegedienstleitung erreichen Sie unter: | Tel.: 07250 – 906 130 |
| Die Pflegestation erreichen Sie unter:       | Tel.: 07250 – 906 350 |
| Die Seelsorge erreichen Sie unter:           | Tel.: 07250 – 213     |

## **2 Kurzinformationen**

### **gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)**

#### **2.1 Einrichtung und Unterkunft**

Was Sie erwartet

Das Ganze ist häufig mehr als die Summe seiner Teile. Dennoch möchten wir Ihnen ein paar Besonderheiten vorstellen, die uns und unsere Mitarbeiter stolz machen und gleichzeitig motivieren:

Es erwartet Sie ein behaglich gestaltetes Haus voller Leben.

Von den insgesamt 38 Betten verfügen wir über 30 Einzelzimmer,

Alle Zimmer sind hell, freundlich, mit einer wohnlichen Ausstattung, sowie einem seniorengerechten Bad mit Dusche und WC.

Des Weiteren finden Sie vor:

- Telefonanschluss
- Rundfunk- / Fernsehanschluss
- sowie eine Hausnotrufanlage

Alle Gemeinschaftsräume sind großzügig angelegt:

Des Weiteren laden unsere behaglich gestalteten Speiseräume zum Verweilen ein.

#### **2.2 Verpflegung**

In unserer hauseigenen Küche bereiten unsere Mitarbeiter für alle Seniorinnen und Senioren eine abwechslungsreiche und gesundheitsorientierte Kost zu. Sie können an allen Tagen zwischen zwei Menüangeboten wählen. Kostenfreie Getränke z.B. Tafelwasser, Apfelsaft, Kaffee und Tee stehen jederzeit für Sie bereit.

### **Mahlzeiten**

Die Essenszeiten sind täglich ab 08:00 bis 10:00 Uhr Frühstück, Mittagessen ab 11:45 bis 13:15 Uhr und Abendessen ab 17:30 bis 19:00 Uhr. Kaffee und Kuchen bieten wir ab 14:30 Uhr an. Außerdem gibt es die Möglichkeit für Zwischen- und Spätmahlzeiten.

### **2.3 Pflege und Betreuung**

Altenpflege bedeutet für uns Pflege von und mit unseren Seniorinnen und Senioren und umfasst nicht nur die reine Tätigkeit, sondern eine ganzheitliche und zwischenmenschliche Beziehung. Eine solche Beziehung zu leben, bedeutet, den Bewohner mit seiner Biografie und Lebensführung kennen zu lernen und sein Umfeld mit einzubeziehen.

Daher sind unsere Pflegebereiche in feste Bezugspflegegruppen eingeteilt, innerhalb derer unsere Seniorinnen und Senioren stets gleichbleibende Bezugspersonen haben.

Tägliche bewohnerorientierte, gesellige und therapeutische Angebote innerhalb und außerhalb der Einrichtung, unterstützen die Erhaltung und Förderung der Ressourcen im physischen, psychischen und sozialen Bereich.

Entsprechend der individuellen Erfordernisse in der jeweiligen Pflegestufe werden die erforderlichen Pflegeleistungen erbracht. Das geschieht auf der Grundlage unseres Pflegeleitbilds.

Inhalt der Pflegeleistungen sind erforderliche Hilfen

- bei der Körperpflege
- der Ernährung
- der Förderung zum Erhalt der Mobilität, der sozialen Betreuung und der medizinischen Behandlungspflege

Eine zusätzliche Betreuung und Aktivierung, wird nach Bewilligung durch die Pflegekassen angeboten.

Um die individuell erforderlichen Pflegeleistungen erbringen zu können, benötigen wir Ihre Unterstützung, bei der Überprüfung und möglicherweise Anpassung der Einstufung mitzuwirken.

Zusatzleistungen können je nach Wunsch ergänzend in Anspruch genommen werden und müssen gesondert vertraglich geregelt, sowie finanziert werden.

Die von uns erbrachten Leistungen und deren Qualität, insbesondere hinsichtlich der Ergebnis- und Lebensqualität für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen, werden verständlich, übersichtlich und vergleichbar veröffentlicht.

### **2.4 Welche Pflegegrade gibt es? Welche Leistungen sind damit verbunden?**

Die Pflegeversicherung gewährt Ansprüche auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung. Die Grundpflege umfasst die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität. Je nach Pflegebedürftigkeit wird der Betroffene in die Pflegegrade I – V vom Medizinischen Dienst der Pflegekassen (MDK) eingestuft.



## **2.5 Welche Leistung kann ich von der Pflegekasse in Anspruch nehmen und wo muss der Antrag gestellt werden?**

|                       |                                |           |
|-----------------------|--------------------------------|-----------|
| <b>Pflegegrad I</b>   | monatlicher Pflegekassenanteil | 131,00 €  |
| <b>Pflegegrad II</b>  | monatlicher Pflegekassenanteil | 805,00 €  |
| <b>Pflegegrad III</b> | monatlicher Pflegekassenanteil | 1319,00 € |
| <b>Pflegegrad IV</b>  | monatlicher Pflegekassenanteil | 1855,00 € |
| <b>Pflegegrad V</b>   | monatlicher Pflegekassenanteil | 2096,00 € |

Die Anträge zur Anerkennung der Pflegebedürftigkeit müssen bei der Pflegekasse Ihrer Krankenkasse gestellt werden.

Die Pflegekassen übernehmen die pflegebedingten Aufwendungen sowie die Ausbildungsumlage, diese aber höchstens bis zu den oben genannten Pauschbeträgen. Der restliche Anteil ist selbst zu tragen.

Sollte Ihre finanzielle Situation dies nicht erlauben, trägt das Sozialamt ggf. die Differenz. Auch hier muss ein entsprechender Antrag (rechtzeitig) gestellt werden.

Ausschlaggebend ist das Datum der Antragstellung.

Wir unterstützen Sie hierbei gerne.

## **2.6 Gibt es Leistungen der Pflegekassen, wenn keine Pflegebedürftigkeit besteht?**

Ja, wenn sogenannte Sachleistungen von der Kasse genehmigt werden. Diese Sachleistung wird je nach Pflegegrad pro Kalenderjahr gewährt. Ebenso bei einer Diagnose Demenz. Auch hier können Leistungen durch die Pflegekasse abgerufen werden. Ausschlaggebend und zwingend ist ein Antrag und Genehmigung durch die zuständige Pflegekasse.

## **2.7 Ergebnisse der Qualitätsprüfungen**

Der aktuelle Prüfbericht einer Qualitätsprüfung liegt im Büro der Heimleitung zur Einsichtnahme bereit.

## **2.8 Im Heimentgelt enthaltene Leistungen**

- Miete für das Pflegezimmer, inklusive aller Nebenkosten
- Regelmäßige Zimmerreinigung
- Qualifizierte, bedarfsgerechte Pflege und Betreuung
- Sämtliche Mahlzeiten und Getränke
- Wäscheversorgung, wenn die dafür vorgesehene Wäsche gepascht wurde. (siehe Zusatzleistungen)

## 2.9 Übersicht der Heimentgelte bei vollstationärer Pflege und Kurzzeit- / Verhinderungspflege

### Leistungsentgelt (Kurzzeitpflege) gültig ab 01.05.2025

| Pfleg-<br>e-<br>grad | Pflege-<br>vergü-<br>tung | Ausbil-<br>dungs-<br>umlage | Entgelt für<br>Unterkunft | Entgelt für<br>Verpfle-<br>gung | Investi-<br>tions-<br>kosten-<br>anteil | Kosten<br>je Tag | Gesamt-<br>kosten<br>(30,42<br>Tage) | Leistungs-<br>betrag der<br>Pflege-<br>kasse | Verbleibender<br>Eigenanteil<br>des<br>Bewohners |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---|------------------|--------------------------------------|--|--|
|                      | €                         | €                           | €                         | €                               | €                                       | €                | €                                    | €  | €  |
| 1                    | 78,28                     | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 138,41           | 4210,43                              | 131  | 4079,43  |
| 2                    | 103,01                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 163,14           | 4962,71                              | 1854   | 55,32€<br>17 Tage                                |
| 3                    | 119,91                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 180,04           | 5476,81                              | 1854   | 55,32€<br>14 Tage                                |
| 4                    | 137,53                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 197,66           | 6012,81                              | 1854   | 55,32€<br>13 Tage                                |
| 5                    | 145,45                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 205,58           | 6253,74                              | 1854   | 55,32€<br>12 Tage                                |

Entgelte und Information über den Kostenanteil der vom Bewohner zu tragen ist bei **Kurzzeit- (1854€) / Verhinderungspflege (1685€)**

| Pfleg-<br>e-<br>grad | Pflege-<br>vergü-<br>tung | Ausbil-<br>dungs-<br>umlage | Entgelt für<br>Unterkunft | Entgelt für<br>Verpfle-<br>gung | Investi-<br>tions-<br>kosten-<br>anteil | Kosten<br>je Tag | Gesamt-<br>kosten<br>(30,42<br>Tage) | Leistungs-<br>betrag der<br>Pflege-<br>kasse | Verbleibender<br>Eigenanteil<br>des<br>Bewohners |
|----------------------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|---------------------------------|---|------------------|--------------------------------------|--|--|
|                      | €                         | €                           | €                         | €                               | €                                       | €                | €                                    | €  | €  |
| 1                    | 78,28                     | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 138,41           | 4210,43                              | 131  | 3820,98  |
| 2                    | 103,01                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 163,14           | 4962,71                              | 3539   | 55,32€<br>32 Tage                                |
| 3                    | 119,91                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 180,04           | 5475,81                              | 3539   | 55,32€<br>28 Tage                                |
| 4                    | 137,53                    | 4,81                        | 22,25<br>22,25            | 16,57<br>16,57                  | 16,50                                   | 197,66           | 6012,81                              | 3539   | 55,32€<br>24 Tage                                |
| 5                    | 145,45                    | 4,81                        | 22,25                     | 16,57                           | 16,50                                   | 205,58           | 6253,74                              | 3539   | 55,32€<br>23 Tage                                |

### Leistungsentgelt (vollstationär) gültig ab 01.05.2025

Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) für die Pflegeleistung beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 **2328,65 EUR** monatlich bzw. **76,55 EUR** kalendertäglich.



Ab dem **01.05.2025** sind vom Bewohner folgende Eigenanteile am Heimentgelt/Monat (30,42 Tage) zu tragen:

| Pflege-grad | Pflege-vergü-tung | Ausbil-dungs-umlage | Entgelt für Unterkunft | Entgelt für Verpfle-gung | Investi-tions-kosten-anteil | Kosten je Tag | Heim-entgelt Gesamt 30,42 Tage | Leistungs-betrag der Pflege-kasse bis | verbleibender Eigenanteil des Bewohners |
|-------------|-------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|---------------------------------------|---|
|             | €                 | €                   | €                      |                          | €                           | €             | €                              | €                                     | €                                       |
| 1           | 78,28             | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,50                       | 138,41        | 4210,43                        | 131,00                                | 4079,43                                 |
| 2           | 103,01            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,50                       | 163,14        | 4962,71                        | 805,00                                | 4157,71                                 |
| 3           | 119,91            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,50                       | 180,04        | 5476,81                        | 1319,00                               | 4157,81                                 |
| 4           | 137,53            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,50                       | 197,66        | 6012,81                        | 1855,00                               | 4157,81                                 |
| 5           | 145,45            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,50                       | 205,58        | 6253,74                        | 2096,00                               | 4157,74                                 |

**Stand 01.05.2025**

| Pflege-grad | Pflege-vergütung | Aus-bildungs-umlage | Täglicher Satz zur Berechnung des Leistungs-zuschlag (TG) | Leistungs-betrag der Pflege-kassen       | Leistungs-zuschlag | Ersparnis wird von der Kasse als Leistungs-zuschlag zusätzlich übernommen | Eigenanteil nach Abzug des Leistungs-zuschlag |
|-------------|------------------|---------------------|---|--|--------------------|---|---|
| 2           | 103,01           | 4,81€               | 107,82€<br>(x 30,42 Tage) =<br>3279,88€                   | 3279,88€ -<br>805€ =<br><b>2474,88€</b>  | 15%                | 371,23€   | 3786,48€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 30%                | 742,46€   | 3415,25€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 50%                | 1237,44€  | 2920,27€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 75%                | 1856,16€  | 2301,55€                                      |
| 3           | 119,91           | 4,81€               | 124,72€<br>(x 30,42 Tage) =<br>3793,98€                   | 3793,98€ -<br>1319€ =<br><b>2474,98€</b> | 15%                | 371,25€   | 3786,56€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 30%                | 742,49€   | 3415,32€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 50%                | 1237,49€  | 2920,32€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 75%                | 1856,24€  | 2301,57€                                      |
| 4           | 137,53           | 4,81€               | 142,34€<br>(x 30,42 Tage) =<br>4329,98€                   | 4329,98€ -<br>1855€ =<br><b>2474,98€</b> | 15%                | 371,25€   | 3786,56€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 30%                | 742,49€   | 3415,32€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 50%                | 1237,49€  | 2920,32€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 75%                | 1856,24€  | 2301,57€                                      |
| 5           | 145,45           | 4,81€               | 150,26€<br>(x 30,42 Tage) =<br>4570,90€                   | 4570,90€ -<br>2096€ =<br><b>2474,90€</b> | 15%                | 371,24€   | 3786,50€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 30%                | 742,47€   | 3415,27€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 50%                | 1237,45€  | 2078,87€                                      |
|             |                  |                     |   |  | 75%                | 1856,18€  | 2301,56€                                      |

### Preise für Leistungsempfänger nach SGB XII:

| Pflege-grad | Pflege-vergü-tung | Ausbil-dungs-umlage | Entgelt für Unterkunft | Entgelt für Verpfle-gung | Investi-tions-kosten-anteil | Kosten je Tag | Heim-entgelt Gesamt 30,42 Tage | Leistungs-betrag der Pflege-kasse | verbleibender Eigenanteil des Bewohners |
|-------------|-------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------------------|-----------------------------------|---|
|             | €                 | €                   | €                      |                          | €                           | €             | €                              | €                                 | €                                       |
| 1           | 78,28             | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,30                       | 138,21        | 4204,35                        | 131,00                            | 4073,34                                 |
| 2           | 103,01            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,30                       | 162,94        | 4956,63                        | 805,00                            | 4151,63                                 |
| 3           | 119,91            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,30                       | 179,84        | 5470,73                        | 1319,00                           | 4151,73                                 |
| 4           | 137,53            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,30                       | 197,66        | 6006,73                        | 1855,00                           | 4151,73                                 |
| 5           | 145,45            | 4,81                | 22,25                  | 16,57                    | 16,30                       | 205,38        | 6247,66                        | 2096,00                           | 4151,65                                 |

### 2.10 Anpassung des Leistungsentgelts

Eine mögliche Erhöhung des Entgeltes gemäß §8 oder §9 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz wird schriftlich begründet.

### 2.11 Kündigung

Für die Kündigung des Heimvertrages gilt § 19 des Heimvertrages. Darüber hinaus gelten die gesetzlichen Bestimmungen gemäß §§ 11, 12 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz.

### 2.12 Verwahrungskonto

Um Bargeldbestände in den Bewohnerzimmern aus Sicherheitsgründen möglichst niedrig zu halten, bieten wir eines kostenfreies „Taschengeldkonto“ an. Sie haben die Möglichkeit, das Taschengeldkonto durch Bareinzahlung in die Heimkasse zu den jeweils gültigen Kassenzeiten, oder durch Überweisung aufzufüllen.

Barauszahlungen sind zu den Kassenzeiten möglich. Des Weiteren sind, sofern von Ihnen gewünscht und in der Vereinbarung vermerkt, Barauszahlungen an Dienstleister wie Frisör, Fußpflege etc. möglich. Auszahlungen erfolgen im Rahmen des Guthabens.

Wenn Sie die Einrichtung eines Taschengeldkontos wünschen, dann bitten wir Sie, die in der Anlage beigefügte Vereinbarung zu unterschreiben und uns zukommen zu lassen.

## 3 Häufig gestellte Fragen und weitere Informationen

### 3.1 Welche Leistungen für Pflegebedürftige gibt es neben den Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Neben Leistungen aus einer Beihilfeversicherung gibt es je nach Bundesland auch die Möglichkeit ein Pflegewohngeld zu beantragen. Diese Leistung ist abhängig von der Vermögenssituation des Antragstellers. Je nach Bundesland können Sehbehinderte auch einen Antrag auf Landesblindengeld stellen. Darüber hinaus gibt es für Anspruchsberechtigte die Möglichkeit, Leistungen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes zu beziehen. Grundsätzlich ist das Sozialamt dazu verpflichtet, den Wünschen des Antragstellers Rechnung zu tragen und muss die Wahl eines bestimmten Heimes berücksichtigen, vorausgesetzt, es entstehen keine unverhältnismäßigen Mehrkosten.





### **3.2 Ist eine Ummeldung des Wohnorts notwendig? Was muss ich beachten?**

Wir möchten Sie darauf hinweisen, bei Ihrem Umzug in die AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL das Einwohnermeldeamt zu informieren.

Wie bei jedem anderen Umzug auch, ist eine amtliche Ummeldung erforderlich. Es sollte überprüft werden, ob es sinnvoll ist, alle im Privathaushalt abgeschlossenen Versicherungen im vollen Umfang wie bisher beizubehalten.

Auch in diesem Punkt beraten Sie unsere Mitarbeiter gerne vor Ort.

### **3.3 Benötige ich eine Haftpflichtversicherung?**

Wir empfehlen bei Einzug eine Privathaftpflichtversicherung beizubehalten bzw. abzuschließen. Unser Kooperationspartner Bethanien Service & Wohnen bietet im Rahmen einer Sammelversicherung eine Haftpflichtversicherung zum Jahresbeitrag von 50,- € an. Der Beitrag wird jeweils zum 1. Januar jeden Jahres fällig. Bei Wunsch beantragen Sie die Mitgliedschaft mit Anlage 2.

### **3.4 Gibt es feste Besuchszeiten?**

Unser Haus steht Ihren Besuchern zu jeder Zeit offen, sofern Sie Besuch wünschen. Sollte es einmal etwas später werden, lässt unser Nachtpersonal Ihren Besuch gerne hinein.

### **3.5 Gottesdienst und Andachten**

Jeden Samstag um 16:30 Uhr findet ein Gottesdienst in unserem Haus statt. Daneben bietet die örtliche katholische Kirchengemeinde Krankengottesdienste an, die jeweils bekannt gegeben werden.

### **3.6 Veranstaltungen**

#### **Regelmäßige Veranstaltungen**

Die regelmäßigen Veranstaltungen entnehmen Sie bitte dem Wochenplan.

#### **Sonderveranstaltungen**

Sonderveranstaltungen wie jahreszeitliche Feste, Vorträge, Konzerte, etc. können Sie dem Monatsveranstaltungsplan entnehmen. Diese werden auch rechtzeitig auf dem Wohnbereich per Aushang veröffentlicht.

Hierzu sind Ihre Angehörigen, Betreuer und Besucher jederzeit herzlich eingeladen. Eine Anmeldung beim Wohnbereich ist ggf. vorher erforderlich.

#### **Mode / Schuhverkauf**

Ein Mode- und Schuhverkauf findet in regelmäßigen Abständen im Haus statt. Die Termine werden im monatlichen Veranstaltungsplan bekannt gegeben. Darüber hinaus ist eine Bestellung über das „Mode Mobil“ möglich. Bitte wenden Sie sich hierzu an die Verwaltung.



### **3.7 Wie erhalte ich Post oder kann Post versenden?**

Folgende Regelungen Ihrer Postangelegenheiten sind möglich:

- a) Die Post soll im Bewohnerzimmer übergeben werden.
- b) Die Post soll in der Verwaltung bis zur Abholung durch den Bewohner / Angehörigen / Betreuer gelagert werden.
- c) Die Post soll dem Angehörigen / Betreuer regelmäßig zugeschickt werden. Das Porto wird über ein Bewohnerkonto bzw. auf Rechnung abgerechnet.

Briefmarken können in der Verwaltung gekauft werden. Hier kann die Post auch zum Versand abgegeben werden. Die Weiterleitung erfolgt werktäglich gegen 16:00 Uhr.

### **3.8 Habe ich ein persönliches Telefon?**

Ihr Zimmer ist mit einem Telefonanschluss ausgestattet. Dieser ist mit keinen Mehrkosten verbunden.

### **3.9 Ist ein Hausarztwechsel notwendig?**

Sie haben im Haus freie Arztwahl. Sollten Sie noch keinen Hausarzt haben, geben Ihnen unsere Pflegemitarbeiter gerne Auskunft über die uns bekannten Ärzte die bereit sind Hausbesuche zu machen.

### **3.10 Physiotherapie**

Selbstverständlich besteht freie Therapeutenwahl. Auf die mit dem Hause zusammenarbeitenden Physiotherapeuten weisen wir durch Aushang auf den Ebenen hin.

### **3.11 Fußpflege**

Gerne kann Ihr/e bisherige Fußpfleger/in Sie weiterhin behandeln. Sollten Sie keine Fußpflegerin benennen können, wenden sie sich bitte an die Mitarbeitenden des Wohnbereichs.

### **3.12 Frisör**

Friseurleistungen werden Ihnen auf Wunsch gerne vermittelt, wenden Sie sich hierfür bitte an den Wohnbereich.

### **3.13 Verwaltung**

Unsere Verwaltung ist Montag bis Freitag von 09:00 Uhr bis 12:00 Uhr, sowie nach Vereinbarung für Sie da.

Sie erreichen uns in dieser Zeit telefonisch unter der Telefon-Nummer: 906-0.

Am Wochenende ist die Verwaltung nicht besetzt.

## **4 Zusätzliche Serviceleistungen der Bethanien Service & Wohnen**

#### 4.1 Wäschekennzeichnung

Um Verlust und Verwechslungen zu vermeiden, muss jedes Wäschestück mit Vor- und Zuname sowie dem Matrix-Code versehen werden.

Unser Kooperationspartner Bethanien Service & Wohnen bietet Ihnen diese Leistung an. Die Preisliste und Beauftragung ist als Anlage 1 und 2 beigelegt.

#### 4.2 Chemische Wäschereinigungen

Bei Bedarf einer chemischen Wäschereinigung von Kleidungsstücken wenden Sie sich bitte an die Mitarbeitenden des Wohnbereichs.

#### 4.3 Einzugsermächtigungen

Für die über Bethanien Service & Wohnen und/oder das Heimentgelt in Anspruch genommenen Leistungen empfehlen wir die Erteilung der als Anlage 3 beigelegten Einzugsermächtigungen.

#### 4.4 Telefon

Durch ein günstiges Telefonabkommen (Flatrate) können wir Ihnen Ihr Telefon derzeit kostenlos zur Verfügung stellen. Bei Vertragsänderungen müssen wir uns eine Kostenanpassung vorbehalten!

## Informationsblatt über das Leistungsangebot und die Ausstattung der Einrichtung

| Veranstaltungskalender, Wochen- und/oder Aktivitätspläne<br>sind für einen aktuellen Zeitraum von 1 Monat beigelegt. |  |                          |                             |   |
|--|--|--------------------------|-----------------------------|---|
| a. Leistungsangebot und Ausstattung  |  |                          |                             |   |
| Besondere Pflegekonzepte   |  | Kulturelle Angebote      |                             |   |
| 1.   | Tagesgruppe für gerontopsychiatrische Bewohner |                          | Musikveranstaltungen        | X |
| 2.   | Tagesstrukturierung in den Wohnbereichen       | X                        | Dia- und Filmvorträge       | X |
| 3.   |  |                          | Theater- und Konzertfahrten |   |
| Angebote im sozialpflegerischen Bereich  |  | Seelsorgerische Angebote |                             |   |
| 5.   | Beschäftigungstherapie                         | X                        | Gottesdienste               | X |
| 6.   | Gedächtnistraining                             | X                        | Andachten                   | X |
| 7.   | Basteln, Hand- und Werkarbeiten                | X                        |                             |   |
| 8.   | Singen, Spielen und Musizieren                 | X                        |                             |   |
| 9.   | Sitztanz, Gymnastik                            | X                        |                             |   |
| 10.  | Kochen und Backen                              | X                        | Sonstige Angebote           |   |
| 11.  | Vorlesestunden                                 | X                        | Besuchsdienst               | X |
| 12.  | Ausflüge                                       | X                        | Einkaufsdienst              | X |
| 13.  | Bewohnerurlaub                                 |                          | Angehörigenarbeit           | X |
| 14.  | Feste und Feiern                               | X                        |                             |   |
| 15.  | Altennachmittage                               | X                        |                             |   |

| a. Unterkunft und Verpflegung |  |      |                                   |  |      |
|-------------------------------|--|------|-----------------------------------|--|------|
| Unterkunft                    |  |      | Infrastruktur                     |  |      |
| 20.                           | Einzelzimmer (Anteil an Gesamtplätzen in %)            | 90%  | Zentrale Lage                     |  | X    |
| 21.                           | Doppelzimmer (Anteil an Gesamtplätzen in %)            | 10%  | Ruhige Lage                       |  |      |
| 22.                           | Mehrbettzimmer (Anteil an Gesamtplätzen in %)          | 0%   | Baujahr                           |  | 2006 |
| 23.                           | Eigene Nasszelle (Anteil an Gesamtplätzen in %)        | 84%  | Jahr der letzten Generalsanierung |  |      |
| 24.                           | Gemeinschaftliche Nasszelle (Anteil an Gesamtpl. in %) | 2,6% | Direkte Anbindung an Nahverkehr   |  | X    |
| 25.                           | Grundfläche der Bewohnerzimmer (qm je Platz)           |      | Einkaufsmöglichkeiten             |  |      |
| 26.                           | Nettogrundfläche (qm je Platz)                         |      | Café                              |  | X    |
| 27.                           |  |      | Telefonanschluss                  |  | X    |
| 28.                           |  |      | TV-Anschluss                      |  | X    |
| Verpflegung                   |  |      | Möblierung                        |  |      |
| 30.                           | Wahlmenü an mind. 7 Tagen/Woche                        | X    | Bewohnerzimmer                    |  | X    |
| 31.                           | Sonderkostformen                                       | X    | Gemeinschaftsräume                |  | X    |
| 32.                           | Zwischenmahlzeit                                       | X    |                                   |  |      |
| 33.                           | Frühstücksbuffet                                       |      |                                   |  |      |
| 34.                           | Abendbuffet  |      |                                   |  |      |
| 35.                           | Zimmerservice als Regelleistung                        |      |                                   |  |      |

**Das AGAPLESION DIAKONISTATION KRAICHTAL – Team  
freut sich auf Ihr Kommen!**



## Unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme (Erstkontakt)

Gewünschter Tag der Heimaufnahme: ..... Bis: .....

Vorvertragliche Information erhalten am: .....

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsname: ..... Staatsangehörigkeit: .....

Anschrift: .....

Telefonnummer: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Familienstand: ..... Konfession: .....

Derzeitiger Aufenthalt: .....

Krankenkasse: ..... KV-Nr. ....

Pflegekasse: .....

Pflegegrad: ..... gültig seit: ..... (beantragt am: .....)

Pflegeart: Dauerpflege ☐ Bei Pflegekasse beantragt: Ja ☐ Nein ☐

Kurzzeitpflege ☐ Antrag gestellt am .....

Kostenübernahme (Selbstzahler) durch:

Rente ☐ Pension ☐ Barvermögen ☐

Beihilfeberechtigt (Beamte) bei: .....

Übernimmt das Sozialamt einen Teil der Pflegekosten? Ja ☐ Nein ☐

Antrag auf Sozialhilfe gestellt? Ja ☐ Nein ☐

Datum der Antragstellung: ..... bei Sozialamt: .....

Diät notwendig? Ja ☐ Nein ☐ Art der Diät: .....

Sonden Ernährung? Ja ☐ Nein ☐ Bisheriges Produkt: .....

Vorliegende Krankheiten:

.....  
.....

Liegt eine Demenzerkrankung vor? Ja ☐ Nein ☐

Benötigt der Aufzunehmende Inkontinenzmaterial? Ja ☐ Nein ☐

Ist der Aufzunehmende hinlaufgefährdet? Ja ☐ Nein ☐

Ist der Aufzunehmende akut suizidgefährdet? Ja ☐ Nein ☐

Ist die Aufnahme in einem geschützten Wohnbereich notwendig? Ja ☐ Nein ☐

Möchte der Aufzunehmende ausschließlich ein Einzelzimmer? Ja ☐ Nein ☐

Art der Anmeldung: vorsorglich ☐ dringend / sofort ☐



**Angehörige/r:**

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstlich: .....

Telefon mobil: ..... Fax-Nr.: .....

E-Mail: ..... Verwandtschaftsgrad: .....

**Gesetzliche/r Betreuer/in** ☐ **oder** **Bevollmächtigte/r** ☐

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstlich: .....

Telefon Mobil: ..... Fax-Nr.: .....

E-Mail: .....

**Rechnungsempfänger/in (bitte immer ausfüllen)**

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon privat: ..... Telefon dienstlich: .....

Telefon Mobil: ..... Fax-Nr.: .....

E-Mail: .....

**Welche Angehörigen sollen in der Finalen Phase bzw. beim Versterben zu jeder Tages- und Nachtzeit informiert werden:**

Name: ..... Telefonnummer: .....

Name: ..... Telefonnummer: .....

Name: ..... Telefonnummer: .....

**Hausarzt/ärztin:**

Name: .....

Anschrift: ..... Telefon: .....

**Antragsteller/in:**

Name, Vorname: .....

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Prospekt ☐ Werbeanzeige ☐ Internet ☐ .....

Datum

Unterschrift Antragsteller/in



## Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung bei Heimaufnahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

|  | nein   | gelegentlich                               | häufig                   | dauernd                  |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Benötigt der Patient Hilfe beim           |  |  |                          |                          |
| Gehen  | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen                               | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen  | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen                                      | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden                                    | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frisieren/Rasieren                           | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen aus dem Bett                       | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Bett gehen                                | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzung der Toilette                       | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ist der Patient desorientiert?            |  |  |                          |                          |
| zeitlich                                     | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich                                      | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| situativ                                     | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zur Person                                   | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Zeigt der Patient eine Hinlauftendenz?    |  |  |                          |                          |
|  | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Treten in der Nacht Unruhezustände auf?   |  |  |                          |                          |
|  | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Liegt eine Inkontinenz vor?               |  |  |                          |                          |
| Harninkontinenz                              | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stuhlinkontinenz                             | <input type="checkbox"/>                           | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, in welcher Form?                    |  |  |                          |                          |
| Stressinkontinenz <input type="checkbox"/>   | Dranginkontinenz <input type="checkbox"/>          | Reflexinkontinenz <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Überlaufinkontinenz <input type="checkbox"/> | extrauretrale Inkontinenz <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| 6. Ist der Patient bettlägerig?              |  |  |                          |                          |
| ja <input type="checkbox"/>                  | nein <input type="checkbox"/>                      |  |                          |                          |



7. Wie ist die Gemütsverfassung?

---

---

---

8. Besteht eine Suchterkrankung?

---

---

---

9. Liegen psychische Erkrankungen vor?

---

---

---

10. Besteht eine körperliche Behinderung?

---

---

---

11. Bestehen ansteckende Krankheiten?

---

---

12. Diagnosen

---

---

---

13. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

---

---

---

14. Ist Diät/Schonkost erforderlich?

---

---

---

Besondere Bemerkungen

---

---

---

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes



## Kurzbiografie:

| Kurzbiografie Seite 1 / |  |        |  |  |  |
|-------------------------|--|--------|--|--|--|
| Bewohner:               |  | Stand: |  |  |  |
| Geburtsdatum:           |  | Vom:   |  |  |  |

### 1.) Familiäre Situation

|                      |                         |           |  |                |             |       |
|----------------------|-------------------------|-----------|--|----------------|-------------|-------|
| Lebenspartner:       |                         |           |  |                |             |       |
| Kinder:              |                         | nein      |  | ja             | Anzahl:     | _____ |
|                      | wohnen<br>alle/teils    | am<br>Ort |  | in der<br>Nähe | weit<br>weg |       |
|                      | Besonderen<br>Bezug zu: |           |  |                |             |       |
| Bemerkungen:         |                         |           |  |                |             |       |
| Weitere Angehörigen: |                         |           |  |                |             |       |
|                      | Besonderen<br>Bezug zu: |           |  |                |             |       |
| Bemerkungen:         |                         |           |  |                |             |       |

### 2.) Schulbildung / Ausbildung / Tagesgestaltung

|  |  |
|--|--|
| Schulabschluss:                                    |  |
| Studium:   |  |
| Berufsausbildung:                                  |  |
| Beruflicher Werdegang:                             |  |
| Derzeitiges Verhältnis zu<br>Arbeit/Beschäftigung: |  |
| Bisherige<br>Tagesgestaltung:                      |  |
|  |  |
|  |  |

### 3.) Kommunikation

|                             |                           |  |            |
|-----------------------------|---------------------------|--|------------|
| ist gern in<br>Gesellschaft | ist lieber allein         | mangelnde Kommunikation<br>aufgrund bisheriger Isolation |            |
| großer<br>Freundeskreis     | großer<br>Bekanntenzirkel | ausgeprägtes<br>Vereinsleben                             | Stammtisch |
| Gruppenreisen               | Individualreisen          | Studienreisen  | Busreisen  |
| politisch<br>interessiert   | Kirchenarbeit             | Ehrenämter   |            |
| Diskussionsabende           | Skatabend                 | Kino   | Theater    |
| Sportinteresse              |                           |  |            |
| Bemerkungen:                |                           |  |            |



**Kurzbiografie Seite 2 /**

|               |  |        |  |  |  |
|---------------|--|--------|--|--|--|
| Bewohner:     |  | Stand: |  |  |  |
| Geburtsdatum: |  | Vom:   |  |  |  |

**4.) Verhaltensweisen**

|                 |                    |               |                   |                    |          |
|-----------------|--------------------|---------------|-------------------|--------------------|----------|
| sportlich       | gesundheitsbewusst | modebewusst   | körperbewusst     | geschlechtsbewusst |          |
| Tagmensch       | Nachtmensch        | Führungsnatur | immer beschäftigt | gern allein        |          |
| introvertiert   | extrovertiert      | lebhaft       | mitteilsam        | ruhig              | laut     |
| ordnungsliebend | fröhlich           | ängstlich     | mutig             | unruhig            | gesellig |

**5.) Lebenslauf/Lebensweise**

(Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnung, prägende Ereignisse, Werte, Krisen, Erkrankungen...)

**6.) Gewohnheiten**

|                                 |                       |
|---------------------------------|-----------------------|
| frühere Interessen/Gewohnheiten | jetzige Möglichkeiten |
|                                 |                       |
|                                 |                       |
|                                 |                       |
|                                 |                       |

## Einzugsermächtigung

**AGAPLESION BETHANIEN DIAKONIE RHEIN-NECKAR gemeinnützige GmbH**  
**Rohrbacher Str. 149 69126 Heidelberg**

Gläubigeridentifikationsnummer DE59DRN00000010644

Mandatsreferenz (Debitorennr.) .....

.....  
(Vorname und Name des Bewohners)

.....  
(geb. am)

### SEPA - Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Diakonieverbund Rhein-Neckar gGmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom Diakonieverbund Rhein-Neckar gGmbH 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.

.....  
Vorname und Name des Kontoinhabers

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
Postleitzahl und Ort

..... | .....  
Kreditinstitut (Name) BIC

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Bewohners oder des  
bevollmächtigten Vertreters  
bzw. Betreuers / Kontoinhabers

**AGAPLESION BETHANIE DIAKONIE RHEIN-NECKAR gemeinnützige GmbH**

**Rohrbacherstr. 149**

**69126 Heidelberg**

Preisliste

Zusatzleistungen AGAPLESION DIAKONIESTAION KRAICHTAL

**Telefon:**

**Durch ein günstiges Telefonabkommen (Flatrate) können wir Ihnen Ihr Telefon derzeit kostenlos zur Verfügung stellen. Bei Vertragsänderungen müssen wir uns eine Kostenanpassung vorbehalten!**

**Monatspauschale**

23,80 €

Telefonate ins Ausland werden zusätzlich mit 0,20€/Minute brutto berechnet.

☐ wir möchten die Telefonie für ausgehende und eingehende Telefonate nutzen  
(Gebührenpflichtig)

☐ wir benötigen die Telefonie nur für eingehende Telefonate (kostenfrei)

Umgang mit den Medikamenten beim Versterben.

☐ Entsorgen

☐ Rückgabe an die Angehörigen

☐ Zimmerschlüssel (Kaution 60€)

☐ die Einrichtung soll die jährliche Elektrogeräte-Prüfung (ca. 4-5 € pro Gerät) organisieren und ausführen lassen. Kosten werden dann in der nächsten Rechnung abgerechnet.

☐ **Haftpflichtversicherung**

Deckungssumme 3.000.000,-€ für Personen -, Sach - und Vermögensschäden

Jahrespauschale

50,00 €

☐ **Kennzeichnung der Wäsche**

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_ (bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

Münzesheim, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners oder des  
Bevollmächtigten Vertreters bzw.  
des Betreuers





## Verwahrungskontenvereinbarung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit entscheide ich mich für das kostenlose Verwahrungskonto, welches in der AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL geführt wird für

\_\_\_\_\_  
Vorname und Nachname des Bewohners

Das Verwahrungskonto kann durch Bareinzahlung in die Heimkasse zu den jeweils gültigen Kassenzeiten oder ab dem 01.01.2017 per Überweisung auf das folgende Konto aufgefüllt werden:

Inhaber: AGAPLESION BETHANIEN DIAKONIE RHEIN-NECKAR gemeinnützige GmbH  
Bank: Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 80 3702 0500 0004 6059 01  
BIC: BFSWDE33XXX

Barauszahlungen an den Bewohner oder Angehörigen sind zu den Kassenzeiten möglich.

Des Weiteren werden Barauszahlungen an die folgenden Dienstleister gewünscht (bitte ankreuzen):

|                  |                          |
|------------------|--------------------------|
| Frisör           | <input type="checkbox"/> |
| Kosmetikerin     | <input type="checkbox"/> |
| Fußpflege        | <input type="checkbox"/> |
| Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> |
| Apotheke         | <input type="checkbox"/> |
| _____            | <input type="checkbox"/> |
| _____            | <input type="checkbox"/> |
| _____            | <input type="checkbox"/> |

Auszahlungen können nur im Rahmen des Guthabens erfolgen.

Das Verwahrungskonto kann schriftlich zum Ende des Folgemonats gekündigt werden.

Münzesheim, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners oder des  
bevollmächtigten Vertreters  
bzw. des Betreuers

**Bevollmächtigung im Zusammenhang mit der  
Hilfsmittelversorgung**

**Hiermit bevollmächtige ich**

**(Name des Bewohners)**

das  
**AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL**  
**Unterdorfstr. 9**  
**76703 Kraichtal**

jederzeit widerruflich meine Ansprüche im Zusammenhang mit der Versorgung von Hilfsmitteln nach § 33 SGB V gegenüber meiner Krankenkasse wahrzunehmen. Hierbei handelt es sich um solche Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen.

Die Bevollmächtigung erfasst insbesondere die Antragstellung und nach Rücksprache mit dem Bewohner auch die Einlegung von Rechtsmitteln.

Münzesheim, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners oder des  
bevollmächtigten Vertreters  
bzw. des Betreuers

## AGAPLESION gAG

### Einwilligungserklärung für Externe zur Nutzung von Foto- und Filmaufnahmen im konzernweiten AGAPLESION Verbund

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass von mir angefertigte **Fotoaufnahmen, Filmaufnahmen, Texte** (nicht zutreffendes / gewünschtes bitte streichen) von mir / meine Person betreffend in unten genannten Medien veröffentlicht und verbreitet werden dürfen – von der AGAPLESION gemeinnützige AG (dazu gehört die AGAPLESION AKADEMIE HEIDELBERG den Tochter- und Enkelgesellschaften sowie deren Einrichtungen<sup>1</sup>. Die Einrichtungen verpflichten sich die eingeräumten Rechte nicht an Dritte weiter zu veräußern, missbräuchlich zu verwenden oder die Würde der Einwilligenden durch eine Verwendung zu verletzen.

### Persönliche Angaben:

---

Vor- und Nachname (ggf. Adresse, falls Sie von einer Printpublikation ein Belegexemplar wünschen)

### Aufnahme- & Verwendungszweck:

### Einwilligung zur Veröffentlichung und Verbreitung der Aufnahmen in folgenden Medien (bitte ankreuzen):

- in Print-Medien (z. B. Mitarbeiterzeitungen, Broschüren, Flyer, Plakate, Geschäftsbericht, andere AGAPLESION Publikationen),
- im Newsletter für Mitarbeitende „In 100 Sekunden“ (PDF-Format),
- im Internet (z. B. Webseiten der AGAPLESION gAG und der Einrichtungen, Werbepattformen im Internet (z. B. Arbeitgeber-Profil)),
- auf den Sozialen Medien Plattformen der AGAPLESION gAG und der Einrichtungen; Filmaufnahmen von mir in Videos (z. B. YouTube),
- im Intranet,
- für die Weitergabe an Pressevertreter im Rahmen der konzernweiten Pressearbeit (z. B. TV-, Print- und Online-Pressevertreter),
- auf (großflächigen) Stellwänden bei Messen und Veranstaltungen,
- anderes

Medium:

### Ferner bin ich damit einverstanden, dass (bitte ankreuzen):

- mein Vor- und Nachname bzw. der Vor- und Nachname des Minderjährigen oder der Vor- und Nachname des Betreuten mit angegeben wird.
- Bildnisse meiner Person, des Minderjährigen bzw. des Betreuten bearbeitet werden dürfen. Dies umfasst unter Verwendung analoger, digitaler sowie sonstiger Bildbearbeitungsmethoden die grafische Bearbeitung und Änderung des Bildmaterials.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft. Bereits produzierte Print- und Digitalmedien sind von dem Widerruf bis zur Neuauflage ausgenommen. Gehen die Rechte zum Teil auf Dritte über, wie dies bei Nutzung sozialer Netzwerke zum Teil gegeben ist, ist ein Widerruf ausgeschlossen.

Der Widerruf ist an folgende Stelle zu richten:

---

Diakoniestation Kraichtal, Verwaltung, Unterdorfstr. 9, 76703 Kraichtal; [info.kdk@agaplesion.de](mailto:info.kdk@agaplesion.de)

Kontaktdaten an die der Widerruf zu richten ist, bspw. Abteilung, Vor- und Nachname, E-Mail

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligungserklärung **freiwillig** erfolgt. Ich habe mich über den Inhalt umfassend informiert und weiß, für welche Zwecke die persönlichen Aufnahmen verwendet werden sollen. Die Nutzung der Bildnisse erfolgt unentgeltlich. Ich räume der AGAPLESION gAG und den Einrichtungen die Rechte am eigenen Bild ein, einschließlich des Rechts, diese Aufnahmen für die





genannten Zwecke zu verwenden. Mir ist bekannt, dass sowohl aus der Nichterteilung als auch einem Widerruf mir keine Nachteile entstehen würden. Zudem habe ich von der anliegenden Information zur Veröffentlichung von personenbezogenen Daten, Fotos oder Filmen im Internet Kenntnis genommen.

Ort

Datum

Unterschrift bzw. Unterschrift des gesetzlich Betreuten der / des  
Sorgeberechtigten bzw. des Betreuers

### Information zur Veröffentlichung von personenbezogenen Daten, Fotos oder Filmen im Internet

Eine Nutzung von personenbezogenen Daten und Bildnissen wie Fotos oder Filmaufnahmen durch eine Veröffentlichung auf der Internetseite eines Unternehmens ist nur mit Einwilligung des Betroffenen zulässig. Falls Sie mit einer derartigen Nutzung einverstanden sind, können Sie hierzu Ihre Einwilligung erklären. Die Abgabe der Einwilligungserklärung ist freiwillig und kann von Ihnen jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Für den Fall, dass Sie die Einwilligungserklärung nicht abgeben möchten, stellen wir ausdrücklich fest, dass dies für Sie mit keinerlei Nachteilen verbunden ist.

Durch die beabsichtigte Verwendung auf der Internetseite des Unternehmens besteht die Möglichkeit des weltweiten Zugriffs auf die Bildnisse bzw. des Abrufs der eingestellten Daten und Bildnisse, auch aus Ländern, in denen kein oder kein hinreichender Datenschutzstandard besteht. Die AGAPLESION gAG kann deshalb weder die Zugriffe auf diese Daten über das Internet noch die Nutzung dieser Daten beeinflussen und insoweit auch keine Gewähr für die Beachtung des Datenschutzes übernehmen.

Mit geeigneten Suchmaschinen können personenbezogene Daten im Internet aufgefunden und die auf Bildnissen dargestellten Personen u. U. auch identifiziert werden. Dadurch besteht auch die Möglichkeit, durch Zusammenführung dieser Daten und Informationen mit anderen im Internet vorhandenen Daten Persönlichkeitsprofile zu bilden und zusätzliche Nutzungsmöglichkeiten, z. B. für Zwecke der Werbung, zu erschließen. Aufgrund der Möglichkeiten des weltweiten Abrufs und Speicherung der Daten durch andere Stellen oder Personen kann im Falle eines Widerrufs der Einwilligung und trotz Entfernung Ihrer Daten und Bildnisse von unserer Internetseite eine weitere Nutzung durch andere Stellen oder Personen oder ein Auffinden über Archivfunktionen von Suchmaschinen nicht ausgeschlossen werden. Weiterführende Informationen zum Datenschutz, insbesondere die Informationspflichten nach Artikel 13 EU-DS-GVO (EU-Datenschutz-Grundverordnung) finden Sie im Internet unter folgendem Link: <https://www.agaplesion.de/footer/footer-menu/rechtliche-hinweise/datenschutzerklaerung/>

---

<sup>1</sup> Zu AGAPLESION gehören bundesweit mehr als 100 Einrichtungen: Krankenhäuser, Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Betreutes Wohnen, Hospize, Medizinische Versorgungszentren, Ambulante Pflegedienste und eine Fortbildungsakademie. Darüber hinaus bildet AGAPLESION im Bereich Gesundheits- und Krankenpflege aus. Standorte finden Sie auf der Website unter: <https://www.agaplesion.de/krankenhaus/standortfinder-krankenhaus/>

**Sehr geehrte Bewohner, sehr geehrter Angehöriger, sehr geehrter Betreuer, für die Aufnahme benötigen wir folgende persönliche Unterlagen/ Gegenstände. Bitte lassen Sie uns die Unterlagen bis 2 Tage vor Aufnahme zukommen. Die Gegenstände sind am Aufnahmetag mitzubringen.**

**Ansonsten ist die Heimaufnahme nicht möglich!**

| Unterlagen / Gegenstände   | liegt bei                | nicht vorhanden          | wird nachgereicht        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Personalausweis (Kopie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kostenübernahme der Pflegekasse (Kopie)<br>Wenn diese nicht vorgelegt bzw. per Post (Pflegekasse) nicht eingeht, dann gibt es immer eine Privatrechnung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenversicherungskarte  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Befreiungskarte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unterschriebene aktuelle ärztliche Medikamentenverordnung<br><b>(Medikamentenplan, Macumarplan, Allergiepass usw.)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ausgefüllter ärztlicher Fragebogen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| aktueller Arztbrief (bei Überleitung aus dem Krankenhaus)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ausgefüllter Biographiebogen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haftplichtversicherungsnachweis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Schwerbehindertenausweis (Kopie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Betreuerausweis (Kopie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Vorsorgevollmacht (Kopie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. Patientenverfügung (Kopie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bei einer codesgeschützten Unterbringung:<br>ärztliches Attest und FEM-Formular<br>bzw. bereits vorliegender richterlicher Beschluss   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Für die Gesetzlichen Betreuer: Bitte klären sie die Bestattung zeitnah nach Einzug (KZP), damit der letzte Weg des Betreuten gesichert und geregelt ist. Ansonsten können wir den Heimvertrag nicht verlängern.</b> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| benötigte Hilfsmittel:<br>(Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgerät, Zahnprothese, usw.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutzuckermessgerät, <b>Einweg-Sicherheitslanzetten &amp; -PEN-Nadeln</b><br><b>Dauerpflege: Für Diabetiker kooperieren wir mit SanTec,. Bitte kommen Sie auf unsere PDL oder WBL zu.</b>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeartikel: (Zahnputzbecher, Prothesenbecher, Haftcreme, Kamm oder Bürste, Nagelscherenset, ggf. Rasierapparat, usw.)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| geeignete Kleidung (pflegeleicht) in ausreichender Anzahl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>bei Kurzzeitpflege bitte zusätzlich mitbringen:</b>   |                          |                          |                          |
| Sämtliche benötigte Medikamente für den gesamten Zeitraum der KZP in ausreichender Anzahl  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Shampoo, Duschgel, Zahnpasta   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behälter für Schmutzwäsche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ggf. <b>Inkontinenzprodukte</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |





| <b>Wäschebestand bei Einzug/Ergänzung</b>   |           |  |                  |                       |
|---|-----------|--|------------------|-----------------------|
|   |           |  |                  |                       |
|   |           |  |                  |                       |
|   |           |  |                  |                       |
| Name des Bewohners:   |           |  |                  | Wohnbereich:          |
|   |           |  |                  | Zimmer - Nr.:         |
|   |           |  |                  | Datum:                |
|   |           |  |                  |                       |
| Bitte beachten Sie bei Einzug, dass Sie alle ungekennzeichneten Wäscheteile in diesem Formular erfassen und der Wäsche beilegen |           |  |                  |                       |
| Artikel   | Stückzahl |  | Empfohlene Menge | Vermerk der Wäscherei |
|   |           |  | <b>Stück</b>     |                       |
| Unterhosen  |           |  | ca. 20           |                       |
| Unterhemden   |           |  | ca. 20           |                       |
| Nachthemden   |           |  | 15 bis 20        |                       |
| Schlafanzüge  |           |  | 15 bis 20        |                       |
| Jogginghosen  |           |  | 2 bis 5          |                       |
| waschbare Hosen   |           |  | 5 bis 10         |                       |
| Waschbare Röcke/Kleider (Damen)   |           |  | 5 bis 10         |                       |
| T-Shirts  |           |  | 3 bis 10         |                       |
| Sweatshirts   |           |  | 10 bis 15        |                       |
| Pullover  |           |  | 10 bis 15        |                       |
| Strickjacke   |           |  | 10 bis 15        |                       |
| pflegeleichte Oberhemden (Herren)   |           |  | 5 bis 10         |                       |
| Strümpfe/ Socken  |           |  | 10 bis 15 Paar   |                       |
| Strumpfhosen (Damen)  |           |  | 10 bis 15        |                       |
| Morgenmantel  |           |  | 1 Stück          |                       |
| Sommerjacke/ Mantel   |           |  | 1 bis 2          |                       |
| Winterjacke/ Mantel   |           |  | 1 bis 2          |                       |
| waschbare Reisedecke  |           |  | 1 Stück          |                       |
| waschbare Handschuhe  |           |  | 1 bis 2 Paar     |                       |
| Straßenschuhe   |           |  | 1 bis 2 Paar     |                       |
| Hut/ Mütze/ Schal/ Handschuhe   |           |  | 1 Stück          |                       |
| BH`s (Damen)  |           |  | 5 bis 10         |                       |
| Kleiderbügel  |           |  |                  |                       |
|   |           |  |                  |                       |



## Information zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten

**Name, Vorname .....**

**Geb.-Datum.....**

Zur Erfüllung des Vertrages müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden (Verarbeitung). Dieser Vertrag, Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches, das Datenschutzrecht (Datenschutzgesetz der Evangelischen Kirche in Deutschland sowie die Sozialdatenschutzregelungen) und – sofern vorhanden – die individuelle Leistungsvereinbarung und Vereinbarungen mit den zuständigen Trägern der Sozialhilfe befügen dazu. Die Vorschriften des Datenschutzes der evangelischen Kirche in Deutschland (§ 6 Nummer 5 i. V. m. § 13 Absatz 2 Nummer 8 und Absatz 3 EKD-Datenschutzgesetz) sowie in entsprechender Anwendung die Vorschriften des § 35 SGB I und der §§ 67 ff. SGB X finden Beachtung. Es werden nur die Daten erhoben, verarbeitet und genutzt, die zur Erfüllung des Vertrages einschließlich der notwendigen Dokumentation erforderlich sind (Verwendungszweck); zu anderen Zwecken dürfen die Daten nicht verwendet werden. Eine Weitergabe (Übermittlung) anvertrauter oder gespeicherter Daten bedarf immer der Einwilligung der Bewohnerin/des Bewohners<sup>1</sup>, sofern nicht eine Rechtsvorschrift die Übermittlung zulässt oder vorschreibt oder sofern die Daten für die Übermittlung nicht anonymisiert wurden.

### I. Umfang der Datenverarbeitung

Soweit erforderlich, können für die Erfüllung dieses Vertrages die nachfolgenden Daten durch die Einrichtung erhoben und gespeichert werden (§ 6 Nr. 5 EKDDatenschutzgesetz):

#### 1. Informationssammlung

- ☐ Pflegeanamnese
- ☐ Stammdaten
- ☐ Biografische Daten
- ☐ Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen/Genehmigung

#### 2. Ressourcen / Problemerkennung

- ☐ Ärztliche Verordnungen/Medikamentengabe
- ☐ Risikoerkennung zu Dekubitus- und Sturzgefährdung und Berücksichtigung erforderlicher Prophylaxen, Fotodokumentation sofern vorhanden

#### 3. Festlegung der Pflegeziele

- ☐ Wundbehandlung/Wundverlauf (soweit Wunden vorhanden sind)

#### 4. Planung der Pflegemaßnahmen

- ☐ Pflegeplanung

#### 5. Durchführung der Pflegemaßnahmen

- ☐ Leistungsnachweis der Pflege
- ☐ Leistungsnachweis medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Behandlung (kann in den oberen Punkt einfließen)

- ☐ Pflegebericht

- ☐ Bewegungsplanung bei Bedarf

- ☐ Trinkprotokoll/Bilanz bei Bedarf

#### 6. Evaluation der Pflegeplanung

- ☐ Auswertung/Übersicht des Pflegeprozesses

### II. Übermittlung von Daten an Dritte (Weitergabe und Einsichtnahme)

Die Gesundheitsdaten werden insbesondere von Dritten (u.a. von Kranken- und Pflegekassen, bei Sozialhilfeempfängern vom Sozialhilfeträger) empfangen oder in der Einrichtung<sup>2</sup> (insbesondere vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, dem Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung und der Heimaufsicht) eingesehen. Diese Übermittlung von Daten erfolgt aufgrund gesetzlicher Grundlagen:

- Die Abrechnung von Leistungen an die Pflegekasse (§§ 93, 94, 104, 105 SGB XI), die Krankenkassen (§§ 284, 302 SGB V) und ggf. an den Sozialhilfeträger (93 ff SGB XI und §§ 67 ff SGB X).



- Der Medizinische Dienst der Krankenkassen, der Prüfdienst der Privaten Krankenversicherung oder von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellte Sachverständige können im Rahmen von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen Daten einsehen (§§ 276, 284 SGB V, §§ 93, 97, 97a, 114, 114a SGB XI) und falls erforderlich übermitteln.
- (...)

### **III. Recht auf Information und Auskunft**

Nach § 19 EKD-Datenschutzgesetz besteht die Möglichkeit auf Antrag Auskunft über die in der Einrichtung gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Die Auskunft muss folgende Informationen enthalten:

- die Verarbeitungszwecke;
- die Kategorien personenbezogener Daten;
- die Empfänger oder Kategorien von Empfängern, gegenüber denen die personenbezogenen Daten offengelegt worden sind;
- falls möglich, die geplante Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder, falls dies nicht möglich ist, die Kriterien für die Festlegung dieser Dauer;
- das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung oder Löschung der sie betreffenden personenbezogenen Daten oder auf Einschränkung der Verarbeitung durch die verantwortliche Stelle oder eines Widerspruchsrechts gegen diese Verarbeitung;
- das Bestehen eines Beschwerderechts bei der Aufsichtsbehörde;
- wenn die personenbezogenen Daten nicht bei der betroffenen Person erhoben werden, alle verfügbaren Informationen über die Herkunft der Daten.

### **IV. Recht auf Berichtigung und auf Löschung**

Gemäß § 20 Datenschutzgesetz-EKD werden unrichtige personenbezogene Daten jederzeit berichtigt oder vervollständigt.

Die Löschung der Daten kann gemäß § 21 Datenschutzgesetz-EKD verlangt werden, wenn keine rechtliche Verpflichtung zur Aufbewahrung mehr besteht oder eine Speicherung der Daten nicht mehr erforderlich ist.

### **V. Recht auf Einschränkung der Verarbeitung**

Gemäß § 22 Datenschutzgesetz-EKD ist die weitere Verarbeitung von personenbezogenen Daten zu beschränken beziehungsweise auf bestimmte Zwecke einzugrenzen, wenn

- die Richtigkeit der personenbezogenen Daten von der betroffenen Person bestritten wird, und zwar für eine Dauer, die es der verantwortlichen Stelle ermöglicht, die Richtigkeit der personenbezogenen Daten zu überprüfen;
- die Verarbeitung unrechtmäßig ist, die betroffene Person die Löschung der personenbezogenen Daten ablehnt und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlangt;
- die verantwortliche Stelle die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffene Person sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigt, oder
- die betroffene Person Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt hat und es noch nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe der verantwortlichen Stelle gegenüber denen der betroffenen Person überwiegen.

### **VI. Recht auf Datenübertragung**

Gemäß § 24 Datenschutzgesetz-EKD sind vom Bewohner/von der Bewohnerin bereitgestellte und automatisiert verarbeitete, personenbezogene Daten in einem gängigen Format zur Verfügung zu stellen oder auf Wunsch an einen Dritten weiterzugeben (beispielsweise bei einem Wechsel der Pflegeeinrichtung).

### **VII. Widerspruchsrecht**

Die Datenverarbeitung durch die Einrichtung ist im Falle eines Widerspruches unter



den Voraussetzungen von § 25 Datenschutzgesetz-EKD zu unterlassen.

**VIII. Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde**

Datenverarbeitungen der Einrichtung können mittels Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde beanstandet werden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Datenschutzregion Süd

Außenstelle Ulm

Hirschstraße 4, 89073 Ulm

T (0731) 14 05 93 - 0, F (0731) 14 05 93 - 20

[sued@datenschutz.ekd.de](mailto:sued@datenschutz.ekd.de)

Die für den **Datenschutz** verantwortliche **Stelle der Einrichtung** erreichen Sie unter:

Name: AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL

per Mail: [datenschutz@diakonie-kraichtal.de](mailto:datenschutz@diakonie-kraichtal.de)

per Telefon: 07250/ 906300

Unseren Datenschutzbeauftragte/n erreichen Sie unter der Postadresse der Einrichtung mit dem Zusatz „z. H. des betrieblichen Datenschutzbeauftragten“ sowie unter:

per Mail: [datenschutz@diakonie-kraichtal.de](mailto:datenschutz@diakonie-kraichtal.de)

Hinweis bei einer Auftragsdatenverarbeitung

Wir weisen darauf hin, dass externe Dienstleister mit Datenverarbeitungsvorgängen beauftragt wurden. Der externe Dienstleister gewährleistet die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften für die Auftragsdatenverarbeitung gemäß § 30 Datenschutzgesetz-EKD.



## **Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe von Daten**

Der Bewohner, bevollmächtigte Vertreters bzw. Betreuer des / der  
Bewohners/in \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

### **ist damit einverstanden, dass das AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL**

personenbezogene Daten, einschließlich Gesundheitsdaten, verarbeitet, nutzt  
speichert und an

(Bitte ankreuzen und bei Personen den Namen und die Anschrift konkret benennen)

☐ die behandelnde Ärztin/ den behandelnden Arzt Frau/ Herrn

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

☐ den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung

☐ die/ den von der Pflegekasse beauftragte/n unabhängige/n Gutachter/in

☐ die behandelnde Therapeutin/den behandelnden Therapeuten

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

☐ Sonstige (Institution bzw. Person benennen)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Weitergibt, sofern das zur Erfüllung der vertraglichen Aufgaben erforderlich ist. Der  
Bewohner, bevollmächtigte Vertreters bzw. Betreuer ist berechtigt, über die  
gespeicherten Daten jederzeit Auskunft zu erhalten.

**Diese freiwillige Einwilligung kann jederzeit mündlich oder in  
Textform gegenüber der für den Datenschutz verantwortliche Stelle  
der Einrichtung:**

#### **Per Brief:**

AGAPLESION BETHANIEN DIAKONIE RHEIN-NECKAR gemeinnützige GmbH  
Agaplesion Diakoniestation Kraichtal  
Rohrbacher Str. 149  
69126 Heidelberg

#### **Per Mail:**

[datenschutz@diakonie-kraichtal.de](mailto:datenschutz@diakonie-kraichtal.de)

#### **Per Fax:**

07250-906-399

**Der Bewohner, bevollmächtigte Vertreters bzw. Betreuer wurde darüber informiert, dass für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung des Bewohners entstehen können, wenn bestimmte Sozialleistungen nicht mehr erbracht werden können, sowie darüber, dass der Vertrag gekündigt werden kann.**

Münzesheim, \_\_\_\_\_ +  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewohners oder des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. des Betreuers

Die Einrichtung ist verpflichtet, die im Rahmen der Vertragserfüllung anfallenden Daten sorgfältig aufzubewahren. Unabhängig vom Recht der Akteneinsicht sind diejenigen Unterlagen, an deren Herausgabe die Bewohnerin/ der Bewohner ein berechtigtes Interesse hat, nach Vertragsende auf Verlangen herauszugeben, soweit diesem nicht vorrangigen, eigenen Interessen der Einrichtung entgegenstehen. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden die gespeicherten Daten gelöscht bzw. die Unterlagen vernichtet.

#### **4.4 Verzeichnis der Anlagen**

##### **Mitgelte Unterlagen**

- Anlage 1 ? **WPH Anmeldung zur Heimaufnahme Erstkontakt**
- Anlage 2 ? **WPH ärztlicher Fragebogen**
- Anlage 3 ? **KDK Einzugsermächtigung**
- Anlage 4: ? **KDK BSW Preisliste Zusatzleistungen**
- Anlage 5: ? **BSW Einzugsermächtigung**
- Anlage 6 ? **KDK Verwahrungskontenvereinbarung**
- Anlage 7 ? **WPH persönliche Unterlagen & Gegenstände zum Heimeinzug**
- Anlage 8 ? **KDK Datenschutz**