

Wir stellen uns vor!
Seniorenhaus
AGAPLESION DIAKONIESTATION
KRAICHTAL



Unterdorfstr. 9
76703 Kraichtal
Telefon: 07250 – 906 0
Fax: 07250-906399
Mail: info@diakonie-kraichtal.de
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
Thorsten Graumann
Heim- und Pflegedienstleiter

Inhalt

1 Das Unternehmen	4
1.1 Was bedeutet AGAPLESION	4
1.2 Das Seniorenhaus AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL	4
1.3 Ihre Ansprechpartner im Seniorenhaus AGAPLESION DIAKONIESTATION KRAICHTAL	4
2 Informationen gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG)	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 Das Unternehmen

1.1 Was bedeutet AGAPLESION?

AGAPLESION hat den Ursprung aus dem griechischen:
„*agapéseis tòn 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:	Thorsten Graumann
Stellv. Pflegedienstleiter/in:	Jörg Böckle, Melanie Däschner
Wohnbereichsleiter:	Jörg Böckle
Bewohnerbetreuung:	Sabine Lindacker
Vorstand des Heimbeirats:	Marianne Chytil
Seelsorge:	Evangelisches Pfarramt Münzesheim

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

Die Heimleitung erreichen Sie unter:	Tel.: 07250 – 906 0
Die Pflegedienstleitung erreichen Sie unter:	Tel.: 07250 – 906 341
Die Pflegestation erreichen Sie unter:	Tel.: 07250 – 906 350
Die Seelsorge erreichen Sie unter:	Tel.: 07250 – 213

2 Kurzinformationen

gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG)

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 gleich bleibende 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 möglicher Weise 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 – IV 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?

Pfleggrad I	monatlicher Pflegekassenanteil	125,00 €
Pflegegrad II	monatlicher Pflegekassenanteil	770,00 €
Pflegegrad III	monatlicher Pflegekassenanteil	1262,00 €
Pflegegrad IIII	monatlicher Pflegekassenanteil	1775,00 €
Pflegegrad IV	monatlicher Pflegekassenanteil	2005,00 €

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 (vollstationär) gültig ab 01.03.2018 bis 31.01.2019

Der Einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) für die Pflegeleistung beträgt für Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 – 5 **746,81 EUR** monatlich bzw. **24,55 EUR** kalendertäglich.

Ab dem **01.03.2018** bis zum **31.01.2019** 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
	€	€	€		€	€	€	€	€
0 K	20,70	1,13	14,64	11,96	16,50	64,93	1.975,17	0	1.975,17
0 G	32,44	1,13	14,64	11,96	16,50	76,67	2.332,30	0	2.332,30
1	37,09	1,13	14,64	11,96	16,50	81,32	2.473,75	125,00	2.348,75
2	49,86	1,13	14,64	11,96	16,50	94,09	2.862,21	770,00	2.092,21
3	66,03	1,13	14,64	11,96	16,50	110,26	3.354,10	1.262,00	2.092,10
4	82,90	1,13	14,64	11,96	16,50	127,13	3.867,29	1.775,00	2.092,29
5	90,46	1,13	14,64	11,96	16,50	134,69	4.097,26	2.005,00	2.092,26

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
	€	€	€		€	€	€	€	€
0 K	20,70	1,13	14,64	11,96	16,30	64,73	1.969,08	0	1.969,08
0 G	32,44	1,13	14,64	11,96	16,30	76,47	2.326,21	0	2.326,21
1	37,09	1,13	14,64	11,96	16,30	81,12	2.467,67	125,00	2.342,67
2	49,86	1,13	14,64	11,96	16,30	93,89	2.856,13	770,00	2.086,13
3	66,03	1,13	14,64	11,96	16,30	110,06	3.348,02	1.262,00	2.086,02
4	82,90	1,13	14,64	11,96	16,30	126,93	3.861,21	1.775,00	2.086,21
5	90,46	1,13	14,64	11,96	16,30	134,49	4.091,18	2.005,00	2.086,18

Leistungsentgelt (Kurzzeitpflege) gültig ab 01.03.2018 bis 31.01.2019:

Entgelte und Information über den Kostenanteil der vom Bewohner zu tragen ist bei **Kurzzeit- / Verhinderungspflege:**

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 28 Tage	Leistungs-betrag der Pflege-kasse bis	verbleibender Eigenanteil des Bewohners
	€	€	€		€	€	€	€	€
0 K	20,70	1,13	14,64	11,96	16,50	64,93	1.818,04	0,00	1.818,04
0 G	32,44	1,13	14,64	11,96	16,50	76,67	2.146,76	0,00	2.146,76
1	37,09	1,13	14,64	11,96	16,50	81,32	2.276,96	125,00	2.151,96
2	49,86	1,13	14,64	11,96	16,50	94,09	2.634,52	1.612,00	1.022,52
3	66,03	1,13	14,64	11,96	16,50	110,26	3.087,28	1.612,00	1.475,28
4	82,90	1,13	14,64	11,96	16,50	127,13	3.559,64	1.612,00	1.947,64
5	90,46	1,13	14,64	11,96	16,50	134,69	3.771,32	1.612,00	2.159,32

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 Verwahrgeldkonto

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 beigefügt.

4.2 Chemische Wäschereinigung

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

4.3 Einzugsermächtigung

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

**Das AGAPLESION DIAKONIESTATION 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:

Sondenernährung? 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:

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 Hinlauftendenzen?

<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 Dranginkontinenz Reflexinkontinenz
 Überlaufinkontinenz extrauretrale Inkontinenz

6. Ist der Patient bettlägerig?

ja nein

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

Einzugsermächtigung

Diakonieverbund 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 BETHANIEN SERVICE UND WOHNEN RHEIN-NECKAR 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	-derzeit frei-
Gebühreneinheit (Nahbereich < 20 KM = 120 sec.)	-derzeit frei-
Gebühreneinheit (deutschlandweit > 20 KM 100 sec.)	-derzeit frei-

Haftpflichtversicherung

Deckungssumme 3.000.000,-€ für Personen -, Sach - und Vermögensschäden
Jahrespauschale 50,00 €

Wäsche patschen

Erstausstattung 180 Schilder	77,00 €
Nachbestellungen pro 30 Schilder	15,00 €

Einzugsermächtigung

BETHANIEN SERVICE & WOHNEN
Rohrbacherstr. 149
69126 Heidelberg

Gläubigeridentifikationsnummer DE71BSW00000551785

Mandatsreferenz (Debitorenr.)

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

.....
(geb. am)

SEPA - Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich BETHANIEN SERVICE & WOHNEN Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von BETHANIEN SERVICE & WOHNEN 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. Be-
treuers / Kontoinhabers

Verwahrgeldkontenvereinbarung

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Vorname und Nachname des Bewohners

Das Verwahrgeldkonto 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 DIAKONIEVERBUND RHEIN-NECKAR gGmbH
Bank: Sparkasse Kraichgau
IBAN: DE 42 6635 0036 0007 1035 42
BIC: BRUSDE66XXX

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 Verwahrgeldkonto kann schriftlich zum Ende des Folgemonats gekündigt werden.

Münzesheim, _____
(Datum)

Unterschrift des Bewohners oder des
bevollmächtigten Vertreters
bzw. des Betreuers

**Sehr geehrte Bewohner, sehr geehrter Angehöriger, sehr geehrter Betreuer,
für die Aufnahme benötigen wir folgende persönliche Unterlagen/Gegenstände,
bitte bringen Sie diese am Aufnahmetag mit:**

Unterlagen / Gegenstände	liegt bei	nicht vorhanden	wird nachgereicht
Personalausweis (Kopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme der Pflegekasse (Kopie)	<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"/>
unterschiedene aktuelle ärztliche Medikamentenverordnung (Medikamentenplan, Macumarplan, Allergiepass usw.)	<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"/>
Haftpflichtversicherungsnachweis	<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 codegeschützten Unterbringung: ärztliches Attest und FEM-Formular bzw. bereits vorliegender richterlicher Beschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigte Hilfsmittel: (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgerät, Zahnprothese, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutzuckermessgerät (nur bei Diabetikern) (Einweg-Sicherheitslanzetten, Sicherheits-Pen-Nadeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geeignete Kleidung (pflegeleicht) in ausreichender Anzahl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegeartikel: (Hautlotion, Zahnbürste, Zahnputzbecher, Prothesenbecher, Haftcreme, Rasiergel, Kamm oder Bürste, Nagelscherenset, ggf. Rasierapparat, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Kurzzeitpflege bitte zusätzlich mitbringen:			
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"/>
Behältnis für Schmutzwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ggf. Inkontinenzprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>