

INFORMATIONSMAPPE

Seniorenheim der Verbandsgemeinde Linz



Seniorenheim Linz am Rhein GmbH
Vor dem Leetor 5
53545 Linz / Rhein
Geschäftsführer u. Leiter der Einrichtung: Ralf Dötsch
Pflegedienstleitung: Janina Alfonso-Ibanez

Tel. (02644) 9514-0
Fax (02644) 9514-299

Mail: ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de
Internet: www.seniorenheim-linz.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns sehr, dass Sie sich für unser Haus interessieren. Mit dieser Informationsmappe möchten wir Sie umfassend informieren. Wir stehen Ihnen gerne auch persönlich zur Verfügung.

Inhaltsverzeichnis

- 1.** Allgemeine Informationen zum Seniorenheim der Verbandsgemeinde Linz
- 2.** So finden Sie uns
- 3.** Leistungsbeschreibung
 - a) Pflege und Betreuung
 - b) Medizinische Behandlungspflege
 - c) Soziale Betreuung
 - d) Hauswirtschaft
 - e) Leistungen der Küche
 - f) Gestaltung des Privatbereichs der Bewohner
 - g) Therapeutische und Sonstige Leistungen
- 4.** Kosten und Finanzierung des Heimaufenthaltes
- 5.** Wichtige Informationen zum Heimeinzug
- 6.** Anmeldeformular
- 7.** Ärztlicher Fragebogen
- 8.** Auftrag zur Beschaffung von Medikamenten
- 9.** Checkliste

1. Allgemeine Informationen zum Seniorenheim der Verbandsgemeinde Linz

Linz am Rhein ist eine der beliebtesten Städte am „Romantischen Mittelrhein“ und besitzt eine historische Altstadt mit farbenfrohen Fachwerkhäusern, die zum Verweilen einlädt. Unser Haus ist eingebunden in das städtische Leben – zu allen fünf Jahreszeiten.



Träger bzw. Eigentümer des Hauses ist die Verbandsgemeinde Linz am Rhein. Zum 1.1.1997 gründete die Verbandsgemeinde Linz für den Betrieb des Hauses die Seniorenheim Linz am Rhein GmbH mit Sitz in Linz (HRB 13459).

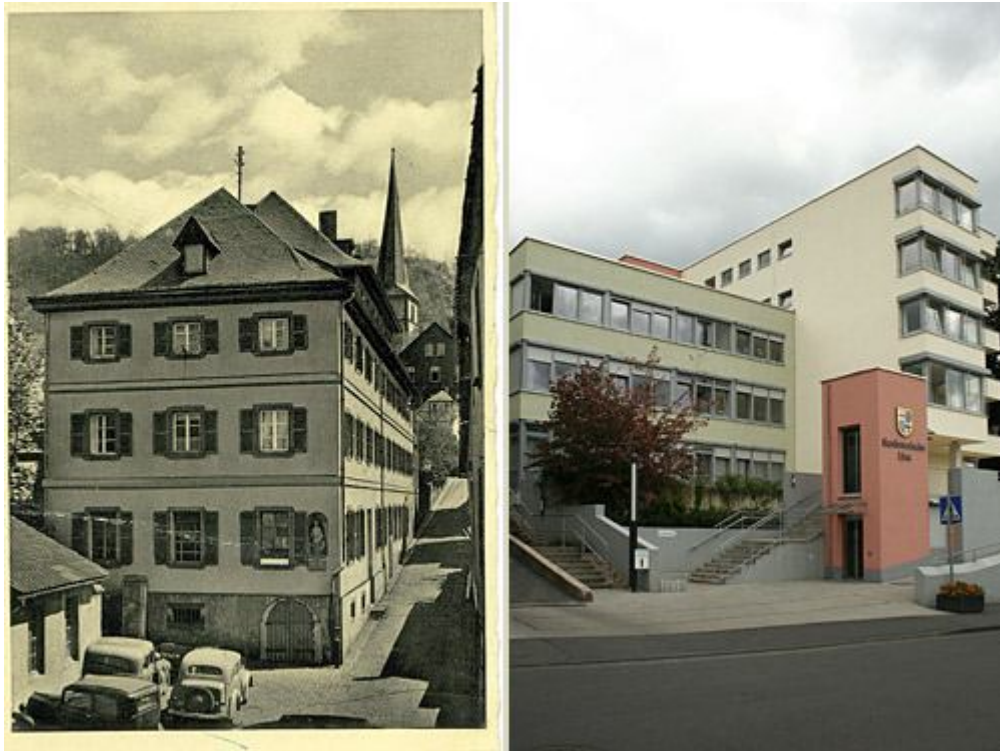
Seit 1.1.1997 ist Herr Ralf Dötsch Geschäftsführer dieser GmbH.

Der Verwaltungsrat setzt sich aus Mitgliedern des Verbandsgemeinderates Linz zusammen.

Verwaltungsratsvorsitzender ist, als der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Linz, Hans-Günter Fischer.

Als "Hospital" oder "Gasthaus" bezeichnete man früher Häuser, die sich der Unterbringung und Verpflegung Durchreisender, Pilger, armer oder kranker Menschen verschrieben hatten. Wie die meisten Hospitäler wurde auch das auf dem Marktplatz in Linz nach dem Beschützer der Armen "Zum Heiligen Geist" benannt. Es wurde 1570 erstmals urkundlich erwähnt.

Die Geschichte des Hospitals ist weitgehend bekannt. Aus einer alten Handschrift geht hervor, dass 1465/66 der Magistrat 3 Mark für Zimmerleute ausgab, die Betten reparierten. 1854 übernahmen die Franziskanerinnen aus Nonnenwerth das Hospital.



Im Jahr 1918 begann am Kloster der Neubau des städtischen Krankenhauses, das ein Jahr später den Dienst aufnahm. Das Hospital wurde so 1919 offiziell das erste städtische Alten- und Pflegeheim in Linz. Wirtschaftskrisen, Hochwasser, Besatzung und eine ständige Überbelegung – auch durch obdachlos gewordene Familien – machten zu Beginn der 1930er Jahre einen Umbau notwendig.

Mit Ausbruch des Zweiten Weltkrieges wurde die Situation wieder schlechter, 1944 fanden immer mehr Evakuierte und Ausgebombte nur notdürftig Platz im Haus. In den Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg fiel die Fürsorge Bedürftiger immer mehr in die Zuständigkeiten des Sozialstaates und die Schwestern konzentrierten sich zusehends auf die Betreuung alter Leute. Veränderungen in der Pflege machten den Bau des städtischen Seniorenheimes, wie es in den Grundfesten immer noch steht, notwendig. 1970 wurde der Bau eingeweiht.

Doch auch die letzten Jahrzehnte gingen nicht spurlos an den Gebäuden vorbei: Im Februar 2001 entschied der Verbandsgemeinderat Linz, dass eine Generalsanierung nötig sei. Die Baumaßnahmen begannen im Herbst 2001 und endeten mit der feierlichen Einweihung des neuen Hauses am 17. Juni 2004.

Die Geschichte des Seniorenheims der VG Linz ist nicht denkbar ohne die zahlreichen Wohltäter, privaten Spenden und den stets engagierten Bürgermeistern.

2. So finden Sie uns:

Unser Seniorenheim ist leicht zu finden: Die Straße "Vor dem Leetor" liegt nämlich mitten in der Stadt – aber außerhalb der Fußgängerzone. Parkplätze finden sie unmittelbar am Haus.



So können Sie uns erreichen:

- Pflegedienstleitung Frau Janina Alfonso Ibanez
 02644 / 9514 223 janina.alfonso@seniorenheim-linz.de
- Einrichtungsleitung Herr Ralf Dötsch
 02644 / 9514 272 oder 0151 106 56 0 57 ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de

3. Leistungsbeschreibung

a) Pflege und Betreuung

Verantwortlich für die Pflege in den Wohnbereichen sind die Pflegedienstleiterin und die Wohnbereichsleiterinnen. Bei uns arbeiten überdurchschnittlich gut aus- und regelmäßig fortgebildete Altenpflegerinnen.

Ausgehend von der Biographie und den individuellen Ressourcen wird eine individuelle Pflegeplanung für den jeweiligen Bewohner erstellt. Ziel ist es, dem Bewohner soviel Selbständigkeit und Unabhängigkeit wie möglich zu erhalten und Lebensgewohnheiten und individuelle Bedürfnisse des Bewohners zu respektieren.

Wir erbringen dem Pflegebedarf sowie dem Gesundheitszustand der Bewohnerin / des Bewohners entsprechende Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) in allen Pflegegraden entsprechend dem Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Kurzzeitpflege und vollstationären Pflege (Rheinland-Pfalz).

Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen dem veränderten Bedarf an.

b) Medizinische Behandlungspflege

Unsere examinierten Altenpflegerinnen erbringen Leistungen der Medizinischen Behandlungspflege, soweit diese nicht vom behandelnden Arzt erbracht werden. Diese Leistungen werden ausschließlich auf ärztliche Anordnung erbracht.

Die Medikamentenversorgung erfolgt durch die örtlichen Apotheken. Bestellung, Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente übernimmt die Einrichtung.

Es gilt freie Arztwahl und auch freie Apothekenwahl.

c) Soziale Betreuung

Unsere Soziale Betreuung hat drei Schwerpunkte:

- 1. Hilfen im Alltag**
- 2. Aktivierungsangebote**
- 3. Zusätzliche Betreuung**

Für **Hilfen im Alltag** sprechen Sie bitte die Mitarbeiterinnen an der Rezeption oder in der Verwaltung an.

Aktivierungsangebote werden per Aushang bekannt gemacht. Werktäglich gibt es hier verschiedenste Angebote: u.a. Zeitungsrunde, Spielenachmittag, Stammtisch, Seniorengymnastik, Bewegungsspiele, Kreativ-Werkstatt, „Fit im Kopf“, diverse jahreszeitliche und kulturelle Angebote.

Katholische, evangelische und freikirchliche Gottesdienste und Andachten finden regelmäßig in unserer Hauskapelle statt.

d) Hauswirtschaft

Folgende Leistungen werden hier erbracht:

Regelmäßige werktägliche Reinigung des überlassenen Wohnraumes incl. der Nasszelle.

Überlassung, Reinigung und Instandhaltung von Bettwäsche und Handtüchern.

Waschen und Bügeln der maschinenwaschbaren und mit Namensschildchen gezeichneten persönlichen Bekleidung und Wäsche. Haustechnik und Verwaltung (z.B. Barbetragsverwaltung, Ein- und Auszugshilfen etc.) im notwendigen Umfang.

e) Leistungen der Küche

Unserer Küche gelingt es, den Bewohnern schmackhafte Mahlzeiten anzubieten. Ernährungswissenschaftliche Kenntnisse werden dabei berücksichtigt.

Folgende Mahlzeiten werden angeboten:

- Reichhaltiges Frühstück
- Mittagessen (Wahlmenüs)
- Nachmittagskaffee
- Abendessen
- Zwischen- und Nachtmahlzeiten
- Leichte Vollkost oder Diätkost nach ärztlicher Anordnung

Eine ausreichende jederzeit erhältliche Getränkeversorgung (Kaffee, Tee, Mineralwasser und Fruchtsäfte) ist selbstverständlich.

f) Gestaltung des Privatbereichs der Bewohner

Das Bewohnerzimmer ist möbliert mit einem Pflegebett, einem Nachtschrank, einem Sideboard, einem Kleiderschrank sowie mit Tisch und Stühlen.

Anschlussmöglichkeiten für Telefon, Internet und Fernseher sind vorhanden.

Zum Zimmer gehört ein Sanitärraum, der mit Dusche, WC und Waschbecken ausgestattet ist.

Das Bewohnerzimmer kann und soll individuell gestaltet werden.

Die Zielsetzung dabei ist, dass der Bewohner in ein Zimmer einzieht, in dem er möglichst viele vertraute Gegenstände, Bilder, Möbelstücke etc. vorfindet.

Bei Bedarf unterstützt der die Einrichtung beim Möbeltransport von zuhause ins Seniorenheim.

Die Einrichtung kann keine Unterstützung leisten bei einer eventuellen Wohnungsauflösung.

Im Bewohnerzimmer kann das Pflegebett nicht durch eigene Möbel ersetzt werden.

Teppiche sind Stolperfallen und können aus diesem Grund nicht im Bewohnerzimmer ausgelegt werden.

Der Hausmeister hilft gerne z.B. beim Aufstellen der Möbel oder Aufhängern der Bilder.

Besprechen Sie die Gestaltung des Zimmers bereits vor dem Einzug mit dem Leiter der Einrichtung.

Neben dem eigenen Zimmer stehen den Bewohnern Aufenthaltsräume, der Speisesaal, die Cafeteria, Terrasse und Garten zur freien Verfügung.

g) Therapeutische und Sonstige Leistungen

Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie werden nach ärztlicher Verordnung durch zugelassene externe Therapeuten erbracht.

Auch Friseur und Fußpfleger kommen ins Haus. Im 1. Obergeschoss befindet sich ein Frisiersalon.

4. Kosten und Finanzierung

- Der Pflegesatz ist ein Tagessatz und richtet sich nach dem „Pflegegrad“. Die Einstufung in den jeweiligen Pflegegrad erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und wird per Gutachten und anschließendem Bescheid der Pflegekasse festgestellt.
- Der Einstufung in einen Pflegegrad geht ein entsprechender **Antrag auf Leistungen** bei Ihrer Pflegekasse voraus, die Pflegekasse sollte unmittelbar über den Heimeinzug informiert werden.
- In der folgenden Tabelle finden Sie eine Kostenaufstellung unseres Hauses, aus welcher Sie die Kosten für die jeweilige Pflegestufe ersehen können, sowie die von der Pflegekasse zu erwartenden Leistungen.
- Volle Monate werden mit (365 div. 12 =) **30,42 Tagen** berechnet.

Preise stationäre Pflege 01.01.2026				
Pflegegrad	2	3	4	5
Pflegebedingte Aufwendungen	89,26 €	106,16 €	123,78 €	131,70 €
Ausbildungsumlage u. -Zuschlag	4,78 €	4,78 €	4,78 €	4,78 €
Unterkunft	30,10 €	30,10 €	30,10 €	30,10 €
Verpflegung	17,38 €	17,38 €	17,38 €	17,38 €
Investitionskostenanteil	13,30 €	13,30 €	13,30 €	13,30 €
Gesamter Tagessatz	154,82 €	171,72 €	189,34 €	197,26 €
Heimkosten im Monat (brutto)	4.709,62 €	5.223,72 €	5.759,72 €	6.000,65 €
Anteil der Pflegekasse ab Aufnahme	1.113,35 €	1.627,35 €	2.163,35 €	2.404,35 €
Anteil der Pflegekasse ab 13. Monat	1.421,71 €	1.935,71 €	2.471,71 €	2.712,71 €
Anteil der Pflegekasse ab 25. Monat	1.832,85 €	2.346,85 €	2.882,85 €	3.123,85 €
Anteil der Pflegekasse ab 37. Monat	2.346,77 €	2.860,77 €	3.396,77 €	3.637,77 €

- Den Differenzbetrag (**Eigenanteil**) zwischen Heimkosten und Pflegekassenanteil zahlt der Heimbewohner aus seinen Einkünften oder evtl. Vermögen.
- Sollte dies nicht möglich sein, kann der Heimbewohner einen **Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger** (früherer Wohnsitz) stellen. Wir weisen darauf hin, dass das Sozialamt eine evtl. Kostenübernahme erst ab Antragstellung gewährt. **Der Antrag sollte daher spätestens am Aufnahmetag gestellt werden.**
- Der Zuschlag für ein Einzelzimmer beträgt kalendertäglich **1,02 €**.

- Bei der Pflegekasse besteht ein Anspruch auf **Kurzzeitpflege** im Kalenderjahr.
- Die Pflegekasse leistet für die Kurzzeitpflege pro Kalenderjahr **1.854 €**. Aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der **Verhinderungspflege** kann der Leistungsbetrag auf insgesamt **3.539 €** erhöht werden.
- Mit dieser Pauschalleistung werden die Pflegeleistungen und die Ausbildungsumlagen übernommen, meist für so viele Pflegetage, bis der Leistungsbetrag aufgebraucht ist.
- Der Eigenanteil besteht aus den Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten („Hotelkosten“) und dem Teil der Pflegekosten, den die Pflegekasse nicht übernimmt.
- Für den gesamten Eigenanteil kann auch ein Antrag beim Sozialhilfeträger gestellt werden.

Preise Kurzzeit- u. Verhinderungspflege 01.01.2026				
Pflegegrad	2	3	4	5
Pflegebedingte Aufwendungen	89,26 €	106,16 €	123,78 €	131,70 €
Ausbildungsumlage u. -Zuschlag	4,78 €	4,78 €	4,78 €	4,78 €
Summe Pflegekosten tägl.	94,04 €	110,94 €	128,56 €	136,48 €
Auf die Pflegebedingten Aufwendungen zahlt die Pflegekasse die bestehenden Leistungsansprüche für Kurzzeit- und Verhinderungspflege aus, bis diese aufgebraucht sind. Hinzu kommen:				
Unterkunft	30,10 €	30,10 €	30,10 €	30,10 €
Verpflegung	17,38 €	17,38 €	17,38 €	17,38 €
Investitionskostenanteil	13,30 €	13,30 €	13,30 €	13,30 €
Summe "Hotelkosten" tägl.	60,78 €	60,78 €	60,78 €	60,78 €

Wichtige Infos zum Heimeinzug

Unser Seniorenheim hat 91 Einzelzimmer und 7 Doppelzimmer, es besteht aus 2 Wohnbereichen.

Der 1. Wohnbereich umfasst im 3. Stock die Ebene „grün“ und im 2. Stock die Ebene „blau“.

Der 2. Wohnbereich beginnt im 1. Stock – Ebene „rot“ und geht über die Ebene „anthrazit“ (Erdgeschoss) bis zur Ebene „gelb“.

Diese Farben wiederholen sich im Fahrstuhl, so dass Sie dort eine kleine Orientierungshilfe haben.

Die **Küche** bietet Ihnen zwei Menüs zur Auswahl an. Dazu gibt es täglich wechselnde Tagessuppen und Desserts. Gerne berücksichtigen wir spezielle Kostformen, sowie Allergien auf bestimmte Lebensmittel. Wahlweise können Sie Ihre Mahlzeiten in unserem Speisesaal oder in Ihrem Zimmer zu sich nehmen. Wir sind immer bemüht, Ihre Wünsche beim Essen zu erfüllen. Hierfür steht Ihnen das gesamte Küchenteam zur Verfügung.

Im **Speiseraum im Erdgeschoss** können Sie an den folgenden Uhrzeiten an den Mahlzeiten teilnehmen:

Frühstück ab 6.30 Uhr

Mittagessen ab 12.00 Uhr

Abendessen ab 17.30 Uhr

Zu den gleichen Zeiten werden auch die Mahlzeiten in den Wohnbereichen serviert.

Die Cafeteria ist täglich geöffnet.

Für **Gottesdienste** steht im Untergeschoss unsere Kapelle zur Verfügung. Die Gottesdienstzeiten können dem „Schwarzen Brett“ entnommen werden.

Die **Verwaltung** ist von montags – freitags für Ihre Fragen erreichbar.

Wir empfehlen, aus Sicherheitsgründen **Wertgegenstände und größere Summen Bargeld** in unserem Panzerschrank in der Verwaltung wegzuschließen.

An der Rezeption können Sie Ihre **Post** abholen bzw. hinbringen, auch Ihre Zeitung finden Sie dort. Auf Wunsch wird Ihnen die Post auf Ihr Zimmer gebracht.

Alle Veranstaltungen und Aktivitäten werden am „**Schwarzen Brett**“ ausgehängt. Diese „Schwarze Brett“ findet sich auf jeder Wohnebene,

sollten Sie Fragen dazu haben, ist das Pflegepersonal oder die Mitarbeiterin an der Zentrale gerne bereit, Sie zu beantworten.

Unsere **ehrenamtlichen Mitarbeiter** besuchen Sie gerne und erledigen u. a. kleine Einkäufe für Sie, wenn Sie das wünschen. Die Kontaktaufnahme erfolgt über das Pflegepersonal.

Heimbeirat: Vorsitzende: Frau Dr. Kohl Tel.: 02644/4907

Mittwoch ist der **Friseur** ab 9.00 Uhr im Hause; Anmeldungen dafür nimmt das Pflegepersonal entgegen.

Fußpflege auf Wunsch: Bitte fragen Sie das Pflegepersonal.

Ihre **Wäsche** wird Ihnen schrankfertig in Ihr Zimmer gebracht. Alle Ihre Wäschestücke sollten mit Ihrem Namen versehen sein, das Einnähen / Patchen der Namensschildchen und weitere kleine Näharbeiten kann preisgünstig an eine Näherin vermittelt werden. Kontaktaufnahme durch das Pflegepersonal.

Ihre persönliche Wäsche wird in unserer hauseigenen Wäscherei gewaschen und im Wäschetrockner getrocknet. Der (desinfizierende) Waschvorgang selber und auch die Häufigkeit des Waschens belasten das Material der Kleidung stärker als das zu Hause der Fall ist. Täglich fällt in unserem Haus Wäsche von über 100 Bewohnern an. Wir bitten daher um Verständnis, wenn in seltenen Fällen Bekleidung in falschen Sortiervorgängen landet oder verwechselt wird. Wir bitten Sie, die Kleidung, zeichnen zu lassen. Als einigermaßen sicher erweist sich dabei nur das eingenähte / „gepatchte“ Namensschild. Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen stellt das Haus. Für abhanden gekommene oder beschädigte Kleidung übernimmt das Haus keine Haftung. Bitte achten Sie darauf, dass Kleidungsstücke, die nicht Maschinenwaschbar und nicht Trocknergeeignet sind, bei uns nicht gewaschen werden können.

5. Anmeldeformular

Anmeldung zur ☐ Vollstationären Pflege ab: _____
☐ Kurzzeitpflege von _____ bis _____
Gewünschte Unterbringung: ☐ Doppelzimmer ☐ Einzelzimmer

Angaben zur Person:

Name Vorname

Geburtsdatum Geburtsname Geburtsort

Strasse PLZ Ort

Telefon Konfession Staatsangehörigkeit

Familienstand wenn verheiratet, seit wann Ort der Eheschließung
Derzeitiger Aufenthalt: ☐ Zuhause ☐ anderes Heim ☐ Krankenhaus ☐ Reha

Einstufung durch Pflegekassen vorhanden (Bescheid bitte beifügen):

☐ stationär / ambulant Pflegegrad _____ ☐ keine Pflegeeinstufung

Leistungen der Pflegekasse beantragt: ☐ Ja, seit: _____ ☐ Nein

Beantragte Leistungen: ☐ Dauerpflege ☐ Kurzzeitpflege

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Kopie beifügen.

Zuständige Ansprechpartner, Kinder, nächste Angehörige

1. _____
Name, Vorname wie verwandt Telefon

PLZ Ort Strasse

2. _____
Name, Vorname wie verwandt Telefon

PLZ Ort Strasse

3. _____
Name, Vorname wie verwandt Telefon

PLZ Ort Strasse

4. _____
Name, Vorname wie verwandt Telefon

PLZ Ort Strasse

Angaben zu Betreuung/Vollmachten/Verfügungen/Beschlüssen:

Gesetzliche Betreuung gemäß Betreuungsgesetz: ☐ Ja ☐ Nein

Wichtig! Wenn ja, Betreuungsausweis/-urkunde in Kopie beifügen!

☐ Vorsorgevollmacht ☐ Generalvollmacht ☐ Patientenverfügung

Wichtig! Wenn ja, bitte Kopie beifügen!

Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:

Name, Vorname Telefon

PLZ Ort Strasse

Wirkungskreis des Betreuers/Bevollmächtigten:

☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögenssorge ☐ _____

☐ Bettgitter, Fixierung o.ä. seit: _____ (falls vorhanden, bitte Kopie)

An wen soll die Rechnung geschickt werden:

Name, Vorname Telefon

PLZ Ort Strasse

Angaben zur Kranken- bzw. Pflegekasse und Beihilfeberechtigung

Krankenkasse KV-Nr. Beihilfestelle Beamtenwitwe ☐ Ja ☐ Nein

PLZ Ort Strasse

Chip-Karte erhalten ☐ Ja ☐ Nein Rezeptgeb. Befreit ☐ Ja ☐ Nein ☐
beantragt

Hausarzt / Fachärzte:

Name: Telefon: Fachrichtung

Ort PLZ Strasse

Name Telefon Fachrichtung

Ort PLZ Strasse

Von welcher Apotheke möchten Sie beliefert werden:

Name Tel. Ort und Strasse

Übernahme der Kosten:

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

☐ Rente (bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

Rententräger

Renten-Nr./zeichen:

_____	_____	€/Monat _____
_____	_____	€/Monat _____
_____	_____	€/Monat _____

☐ Pflegegrad: _____ ☐ Beihilfeberechtigung €/Monat _____

Falls obige Beträge nicht ausreichen, bitte weitere Hinweise:

☐ Sonstige Kostenträger €/Monat _____

☐ Zahlungen aus Vermögen €/Monat _____
 (Sparguthaben, Lebensversicherungen, Haus-/Grundbesitz, Mieteinnahmen, Wertpapiere usw.)

☐ Zahlungen vom Sozialamt

☐ müssen noch beantragt werden ☐ wurden beantragt am _____

Die Kostenverpflichtungserklärung ☐ liegt bei ☐ wurde beantragt am _____

Anschrift des zuständigen Sozialamtes:

PLZ	Ort	Strasse	Telefon
-----	-----	---------	---------

Barbetrag zur persönlichen Verfügung wird gezahlt? ☐ Ja ☐ Nein

Leihgeräte (Rollstuhl, Rollator o.ä.) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche _____

Eigene Geräte/Hilfsmittel: _____

Wünschen Sie Telefon: Grundgebühr € 8,00 / Monat

☐ Ja ☐ Nein

Fernseher/Radio bitte selber ummelden – Formulare liegen aus bzw. wird gerne von der Verwaltung für Sie erledigt, ebenso die Änderung der Anschrift.

Möchten Sie einen Zimmerschlüssel:

(Bei Verlust zu ersetzende Schlüssel sind kostenpflichtig.)

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass Geburtsdaten an kirchliche Institutionen weitergegeben werden:

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass die Adresse des Ansprechpartners/Betreuer im Bedarfsfall an ein Krankenhaus weitergegeben werden

☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie Raucher?

☐ Ja ☐ Nein

Aufklärung über Rauchverbot und Raucherraum erfolgt?

☐ Ja ☐ Nein

Wir benötigen Kopien folgender Unterlagen:

Personalausweis, Geburtsurkunde, Eheurkunde, Nachweis Eheauflösung

Berufsangabe _____ (notwendig)

Haftpflichtversicherung _____ (notwendig)

Informationen zu Gesundheit und Pflege:

6. Ärztlicher Fragebogen

Wir bitten um Zusendung des ausgefüllten Fragebogens im verschlossenen Umschlag.
(Zureffendes bitte ankreuzen); die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt).

1. **Persönliche Angaben:** Name: Geburtsdatum:

2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> häufige Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> Harninkontinenz | <input type="checkbox"/> Dauerkatheder | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz | <input type="checkbox"/> Gicht | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Lungen-TBC |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> M. Alzheimer | <input type="checkbox"/> Demenz |
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> Insulinpflicht | <input type="checkbox"/> PEG |
| | | <input type="checkbox"/> Suprap.DK |
| <input type="checkbox"/> Allergie gegeb..... | | <input type="checkbox"/> Dekubitus |

3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:

Lähmungen	re	li	Versteifungen	re	li	Amputationen	re	li
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand/Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Hüfte			<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Orientierungsvermögen, Verhalten und Gemütsstimmungen:

Orientierung	da	zw	Verhalten	da	zw	Gemütsstimmung	da	zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verdrießlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> böseartig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			<input type="checkbox"/> Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

5. Kommunikation

	Nicht eingeschränkt	eingeschränkt
<input type="checkbox"/> Sehfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hörfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sprachfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Suchtabhängigkeit

☐ ja, welche.....

7. An Hilfsmittel werden benutzt:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe | <input type="checkbox"/> Prothesen |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Hörgerät |
| <input type="checkbox"/> Krankenfahrstuhl | <input type="checkbox"/> |

8. Fremde Hilfe ist nötig beim:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> Trinken | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toiletten |
| <input type="checkbox"/> Waschen/Duschen | <input type="checkbox"/> Gehen |
| <input type="checkbox"/> Rasieren/Frisieren | <input type="checkbox"/> Fahren im Krankenfahrstuhl |
| <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> |

9. Letzte stationäre Behandlung:

☐ Allgemeinkrankenhaus..... von..... bis.....

Ort: wegen.....

☐ Psychiatrisches Krankenhaus..... von..... bis.....

Ort..... wegen.....

10. Diagnosen:

.....

11. Medikamentöse Behandlung:

☐ Marcumar ☐ ASS

.....

12. Ernährung:

☐ Vollkost ☐ Zuckerdiät/BE ☐ Leichte Kost ☐ Sondennahrung

13. Nachweis gemäß § 48 a Abs. 2 Bundesseuchen-Gesetz:

☐ Beim Patienten liegt weder ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane noch eine andere ansteckende Krankheit vor.

14. Ergänzende Anmerkungen des Arztes:

.....

Ort, Datum:

.....
 Stempel und Unterschrift des Arztes

7. Auftrag Medikamentenbeschaffung

Name

Adresse
(vor Heimaufnahme)

Hiermit beauftrage ich die Seniorenheim Linz am Rhein GmbH, Vor dem Leetor 5, 53545 Linz am Rhein, die für mich erforderlichen Medikamente in folgender Apotheke zu beschaffen:

.....

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des Bewohners oder des gesetzlichen Vertreters

8. Checkliste

Für Ihre Aufnahme in unserem Haus benötigen wir ausgefüllt und unterschrieben:

- ☐ Anmeldeformular
- ☐ Heimvertrag und Anlagen 1-6
- ☐ Kopie Personalausweis*
- ☐ Kopie Geburtsurkunde*
- ☐ Kopie Eheurkunde, ggfs. Nachweis Eheauflösung*
- ☐ Einstufungsbescheid der Pflegekasse
- ☐ Ärztlicher Fragebogen
- ☐ Auftrag zur Beschaffung von Medikamenten
- ☐ Versichertenkarte (am Einzugstag)
- ☐ Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden)
- ☐ Betreuungsausweis (falls vorhanden)
- ☐ Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht (falls vorhanden)
- ☐ Patientenverfügung (falls vorhanden)

Wir helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen der Unterlagen.
Kopien können Sie bei uns kostenfrei anfertigen.

***Verpflichtende Unterlagen gem. Personenstandsgesetz**