

Herzlich Willkommen

Liebe Bewohnerinnen und Bewohner, sehr geehrte Angehörige und Betreuende,
wir begrüßen Sie herzlich in unserer Einrichtung. Nachfolgend haben wir für Sie eine Liste mit Unterlagen zusammengestellt, welche wir für die weitere Abwicklung Ihres Einzugs benötigen.

Papiere

- PCR-Test (nicht älter als 48 Stunden)
- Impfausweis / Nachweis über Corona-Impfungen
- Anmeldung für den Einzug
- Personalausweis
- Versichertenkarte
- Zuzahlungsbefreiung, falls vorhanden
- Vollmachten/Betreuerausweis
- Patientenverfügung/Betreuungsverfügung
- Nachweis über den aktuellen Pflegegrad

- Kostenübernahme der Pflegekasse

Bitte beantragen Sie bei Ihrer zuständigen Pflegekasse die Kostenübernahme der gewünschten Unterbringung, z.B. der Kurzzeitpflege.

Persönliche Dinge

- Aktueller Medikamentenplan vom Hausarzt und Medikamente
(**bitte nicht vorher die Medikamente stellen**)
- Inkontinenzmaterial, sofern notwendig
- Persönliche Bekleidung in ausreichender Menge
- Hilfsmittel (z.B. Rollator und/oder Rollstuhl)
- Feste, bequeme Schuhe
- Wenn gewünscht Fernseher, Radio, Wecker etc.

Weiterhin bitten wir Sie, dass die Versichertenkarte im jeweiligen Quartal des Einzuges bereits beim Hausarzt eingelesen wurde. So können dann ohne Probleme z.B. weitere Medikamente bestellt oder telefonische Rücksprachen mit Ihrem Hausarzt gehalten werden.

Wir bedanken uns für Ihre Mithilfe und stehen Ihnen für Fragen gern zur Seite.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Pflegeeinrichtung



Anmeldung für den Einzug am _____ in folgende Einrichtung:

Heiligen-Geist-Stift Im Hülsen

Wichern Haus

Name, Vorname _____

Geburtsdatum / -ort _____

Geburtsname _____

Familienstand _____

Staatsangehörigkeit _____

Letzte Anschrift _____

Telefon _____

Gewünschte Leistung

Kurzzeitpflege **KZP** (max. 1.774,00 Euro pro Jahr für Pflegeleistungen)

Verhinderungspflege **VHP** (max. 1.612,00 Euro pro Jahr für Pflegeleistungen;
Voraussetzung: mind. ½ Jahr Versorgung durch private Pflegeperson)

Vollstationäre Pflege

[Haben Sie in diesem Jahr bereits Leistungen in einer Pflegeeinrichtung in Anspruch genommen?](#)

Ja Nein

Hinweis

Verlassen Sie während der KZP oder VHP unser Haus aufgrund eines Krankenhausaufenthaltes von mehr als einem Tag, endet der Heimvertrag automatisch.

Auf Wunsch können Sie nach Ihrer Entlassung wieder in unser Haus zurückkehren. Gern halten wir Ihnen das Zimmer für 25,00 Euro pro Tag und längstens 7 Tage frei und bewahren Ihre persönlichen Dinge auf. Die nicht verbrauchten Tage der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege, können Sie dann nach Ihrer Rückkehr problemlos bei uns in Anspruch nehmen.

Gewünscht Nicht gewünscht

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

Pflegegrad vorhanden Ja, PG _____ Nein, ist beantragt

Es wurde ein höherer Pflegegrad beantragt Ja

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe Ja, in Höhe von _____ % Nein

Zuzahlungsbefreiung Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Schwerbehindertenausweis Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Bisherige/r Hausarzt/Hausärztin

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____

Der bisherige Hausarztpraxis übernimmt weiterhin die Behandlung Ja Nein

Neue/r Hausarzt/Hausärztin _____

Hinweis: Die Medikamentenversorgung stellen wir für Sie durch unsere Hausapotheke sicher.

Wird Inkontinenzmaterial benötigt?

- Nein Ja, das erforderliche Material wird selbst besorgt.
 Ja, das Material soll von der Pflegeeinrichtung gestellt werden.

Während des Aufenthaltes einer Kurzzeit- u. Verhinderungspflege ist das Inkontinenzmaterial durch den Bewohner selbst bereitzustellen. Gern bieten wir Ihnen das Material aus unserem Haus für eine Pauschale in Höhe von 33,00 Euro an.

Angehörige / Ansprechpartner

1. Name _____

Anschrift _____

Telefon / Email _____

Bezug (z.B. Ehepartner) _____

2. Name _____

Anschrift _____

Telefon / Email _____

Bezug (z.B. Ehepartner) _____

3. Name _____

Anschrift _____

Telefon / Email _____

Bezug (z.B. Ehepartner) _____

Wer bekommt die eingehende Post?

Bitte persönlich aushändigen.

Bitte zur Abholung im Empfangsbüro hinterlegen.

Ist eine Vollmacht erteilt oder gibt es eine Betreuung?

Ja Nein

Name der bevollmächtigten / betreuenden Person _____ /
_____ (Kopie der Vollmacht / des Betreuerausweises bitte beifügen)

Liegt eine Patientenverfügung vor?

Ja (bitte Kopie beilegen) Nein

Voraussichtliches Bestattungsinstitut

Die Pflegeeinrichtung bietet Ihnen den Schutz einer Privathaftpflichtversicherung an.

Für einen monatlichen Betrag in Höhe von 1,50 Euro genießen Sie einen Versicherungsschutz für Personen-, Sach- und Vermögensschäden mit einer Versicherungssumme bis pauschal 6 Mio. Euro. Der Schutz besteht auch bei Eintreten oder Vorliegen einer Demenzerkrankung.

Ja, ich möchte die Privathaftpflicht in Anspruch nehmen ab dem _____.

Nein, ich habe kein Interesse.

Die Zahlung des monatlichen Eigenanteils an den Heimkosten erfolgt mittels Bankeinzug über das **SEPA-Lastschriftmandat (bitte Anlage ausfüllen)**. Die Rechnung der Heimkosten soll geschickt werden an

_____.

Wird bzw. wurde zusätzlich **Hilfe zur Pflege** beim zuständigen Sozialamt beantragt? Ja Nein



Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad / bei Pflegegrad 1

Sie haben noch keinen Pflegegrad oder sind in den Pflegegrad 1 eingestuft und möchten trotzdem Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen? Kein Problem, Sie erhalten von uns einen Vertrag für vollstationäre Pflege, können diesen aber jederzeit mit einer Frist von 7 Tagen kündigen. Es wird von einem Pflegebedarf nach Grad 1 ausgegangen, entsprechend erfolgt dann die Berechnung des Heimentgeltes. Stellt die Pflegekasse (evtl. sogar rückwirkend) mindestens Pflegegrad 2 fest, erstatten wir Ihnen selbstverständlich die zu viel geleisteten Zahlungen.

_____, den _____
(Ort / Datum)

(Unterschrift Bewohner:in / gesetzl. Vertretung)

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Bewohner-Name und Anschrift:

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE48ZZZ00000487597 (Heiligen-Geist-Stift gGmbH)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Heiligen-Geist-Stift gGmbH, Gudesstr. 51, 29525 Uelzen alle Zahlungen zur Deckung der Heimkosten von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die von der Heiligen-Geist-Stift gGmbH auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor dem Einzug einer SEPA-Basislastschrift wird die Heiligen-Geist-Stift gGmbH mich über den Einzug in dieser Verfahrensart per Rechnungsstellung unterrichten.

Meine Kontodaten lauten:

Kontoinhaber: _____

IBAN (22 Stellen): _____

BIC (11 Stellen): _____

Bankleitzahl: _____

Name des Kreditinstitutes: _____

_____, den _____
(Ort / Datum)

(Unterschrift Bewohner:in / gesetzl. Vertretung)



Einverständniserklärung für die Verwendung von personenbezogene Daten

(Name, Vorname, Geburtsdatum)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken verwendet werden dürfen:

- Fotos von Veranstaltungen und Ausflügen
- Heimzeitung
- Werbeanzeigen
- Homepage
- Geburtstagsaushänge
- Türschilder zur Orientierung
- Tischkarten zur Orientierung
- Beschriftung der Pflegehilfsmittel
- Beschriftung der Bewohnerbekleidung
- Beileidsbekundungen (Gedenkaufsteller im Haus + Anzeige in Heimzeitung)
- Vivendi/SAP → Programme für Bewohner-Dokumentation/Buchhaltung
- Meldung an Pfarramt (für Besuche des Pastors)

Weitergabe an Dritte

- Pflegekassen
- Sozialämter
- Klinik Überleitungsbogen
- Apotheke
- Hausarzt
- Wäscherei

Die Daten werden lediglich für diese Zwecke verwendet.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an uns übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen. Diese Einwilligungserklärung gilt auch über den Auszug hinaus. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen werden die gespeicherten Daten gelöscht bzw. die Unterlagen vernichtet.

_____, den _____
(Ort / Datum)

(Unterschrift Bewohner:in / gesetzl. Vertretung)

Vollmacht gegenüber der Kranken- und Pflegekasse

Hiermit ermächtige ich meine Kranken- und Pflegekasse
_____ (Name), den Mitarbeitenden der Pflege-
einrichtungen **Wichern Haus** (IK 510308819), **Heiligen-Geist-Stift Im Hülsen** (IK
510305008) und **Heiligen-Geist-Stift Im Hülsen-Demenz** (IK 510306715) auf
Anfrage Auskunft in allen Belangen zu erteilen.

Versicherte Person _____

geboren am _____

Versichertennummer: _____

Uelzen, den _____

(Unterschrift Bewohner:in / gesetzliche Vertretung)