



## 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

- 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

\_\_\_\_\_.

Wurde bzw. wird 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: \_\_\_\_\_

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_01

\_\_\_\_\_, 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)