

# INFORMATIONSMAPPE

## Seniorenheim der Verbandsgemeinde Linz



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

Tel. (02644) 9514-220  
Fax (02644) 9514-298

Mail: [ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de](mailto:ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de)  
Internet: [www.seniorenheim-linz.de](http://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. Information zur Kurzzeit- und Verhinderungspflege
6. Wichtige Informationen zum Heimeinzug
7. Anmeldeformular
8. Biografiebogen
9. Ärztlicher Fragebogen
10. Auftrag zur Beschaffung von Medikamenten
11. 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).

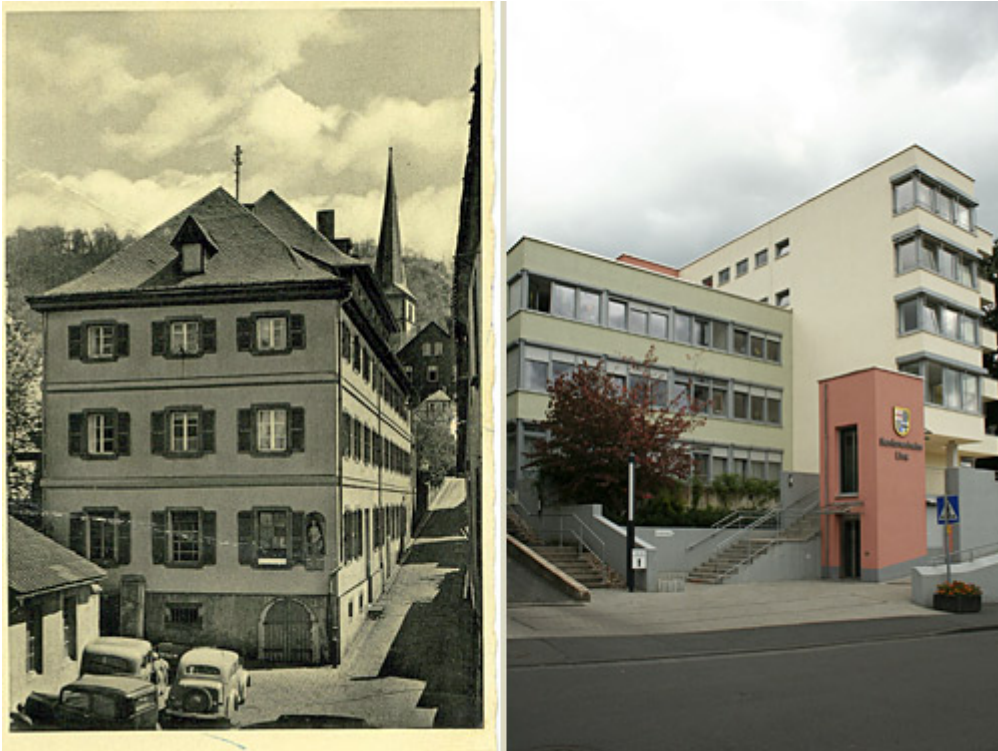
Seit 1.1.1997 ist Herr Ralf Dötsch Geschäftsführer dieser GmbH.

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 Seniorenheimes 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 Alice Paul**  
02644 / 9514 223 oder 0171 357 2621    [alice.paul@seniorenheim-linz.de](mailto:alice.paul@seniorenheim-linz.de)
- **Einrichtungsleitung Herr Ralf Dötsch**  
02644 / 9514 220 oder 0151 106 56 0 57    [ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de](mailto:ralf.doetsch@seniorenheim-linz.de)
- **Pflegeüberleitung Frau Edeltrud Adams**  
02644 / 800 829 oder 0178 91 49 737    [edeltrudadams@yahoo.de](mailto:edeltrudadams@yahoo.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 dem Biographiebogen 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 Pflegestufen 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**

und Aktivierung der pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung (Personenkreis gem. § 45 a SGB XI), soweit die Pflegekassen hierfür einen Vergütungszuschlag zahlen.

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 Angebote, vom Stammtisch über Gymnastik bis zu kulturellen Angeboten.

Katholische und evangelische Gottesdienste 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 organisiert der Leiter der Einrichtung kostenfrei den Möbeltransport von zuhause ins Seniorenheim.

Die Einrichtung kann keine Unterstützung leisten bei einer eventuellen Wohnungsauflösung.

Im Bewohnerzimmer können nur Kleiderschrank und Pflegebett nicht durch eigene Möbel ersetzt werden. Es kann auch kein zweiter Kleiderschrank ins Zimmer eingebracht 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.

### **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 ist unterteilt nach Pflegestufen. Die Einstufung in die jeweilige Pflegestufe erfolgt durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und wird per Gutachten und anschließendem Bescheid der Pflegekasse festgestellt.
- Bitte teilen Sie uns mit, ob in der häuslichen Pflege bereits eine Einstufung in eine Pflegestufe vorgenommen wurde. Der Pflegesatz richtet sich dann nach dieser Einstufung.
- Der Einstufung geht ein entsprechender **Antrag auf Leistungen bei stationärer Pflege** bei Ihrer Pflegekasse voraus, die Pflegekasse sollte unmittelbar über den Einzug 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 erwartende Leistung.

Pflegestufe	0	1	2	3
<b>Pflegesatz</b>	32,57 €	46,47 €	60,39 €	83,61 €
<b>Ausbildungsumlage</b>	1,29 €	1,29 €	1,29 €	1,29 €
<b>Unterkunft</b>	14,69 €	14,69 €	14,69 €	14,69 €
<b>Verpflegung</b>	7,90 €	7,90 €	7,90 €	7,90 €
<b>Investitionskostenanteil</b>	14,07 €	14,07 €	14,07 €	14,07 €
<b>Gesamter Tagessatz</b>	<b>70,52 €</b>	<b>84,42 €</b>	<b>98,34 €</b>	<b>121,56 €</b>
<b>Entspricht im Monat</b>	2.144,98 €	2.567,78 €	2.991,18 €	3.697,45 €
<b>Davon zahlt die Pflegekasse</b>		1.023,00 €	1.279,00 €	1.510,00 €
<b>Eigenanteil Bewohner</b>	2.144,98 €	1.544,78 €	1.712,18 €	2.187,45 €

- Den Differenzbetrag zwischen Heimkosten und Pflegekassenanteil zahlt der Heimbewohner aus seinen Einkünften oder evtl. Vermögen.
- Sollte dies nicht möglich sein, kann der zukünftige Heimbewohner einen **Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger** (früherer Wohnsitz) stellen.
- Wir weisen daraufhin, dass das Sozialamt eine evtl. Kostenübernahme erst ab Antragstellung gewährt. **Der Antrag sollte daher spätestens am Aufnahmetag gestellt werden.**
- Folgende **Leistungen** werden gesondert berechnet: **Einzelzimmerzuschlag** 1,02 € tgl., für einen **Telefonanschluss** wird eine monatliche Grundgebühr von 8 € berechnet.

## **5. Kurzzeit- und Verhinderungspflege**

### **Welcher Anspruch besteht bei der Pflegekasse?**

Anspruch auf Kurzzeitpflege besteht ohne Wartezeit, sobald eine Pflegestufe vorliegt.

Anspruch auf Verhinderungspflege entsteht 6 Monate nach der Einstufung.

Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen kann die Verhinderungspflege im Anschluss an die Kurzzeitpflege bewilligt werden.

### **Wie hoch ist die Leistung?**

Die Pflegekasse zahlt 1.510 € für max. 28 Tage im Kalenderjahr.

Schließt sich die Verhinderungspflege an die Kurzzeitpflege an, kann somit ein Zeitraum von 8 Wochen überbrückt werden.

### **Welche Kosten werden mit dieser Pauschalleistung getragen?**

- Pflegeleistungen
- Ausbildungsumlage

### **Welche Kosten muss der Kurzzeitpflegegast selber tragen?**

- Unterkunft
- Verpflegung
- Investitionskosten

Ev. kann für diese Kosten auch ein Antrag beim Sozialhilfeträger gestellt werden.

## 6. 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.

Geleitet wird der Wohnbereich 1 von Frau Birgit Mehren und der Wohnbereich 2 von Frau Marita Entz.

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, an Samstagen und Sonntagen wird die Cafeteria von 14.30-16.30 Uhr von Ehrenamtlern betreut.

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

Die **Verwaltung** ist von Montags – Freitags von 9.00 – 12.00 für Ihre Fragen erreichbar u.a. für Briefmarkenkauf, Essensmarken für Angehörige, die selbstverständlich gerne mit Ihnen im Speiseraum oder in Ihrem Zimmer essen können.

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

An der Zentrale 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

Jeden Mittwoch ist der **Friseursalon** Strohe (Frau Will) ab 9.00 Uhr im Hause, Anmeldungen dafür nimmt das Pflegepersonal entgegen oder Sie vereinbaren einen Termin direkt mit der Friseurin Frau Will.

**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 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 zu zeichnen. Als einigermaßen sicher erweist sich dabei nur das eingenähte 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 Maschinen waschbar und nicht Trockner geeignet sind, bei uns nicht gewaschen werden können.

## 7. 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 Pflegestufe \_\_\_\_\_  keine Pflegeeinstufung

**Leistungen der Pflegekasse beantragt:**  Ja, seit: \_\_\_\_\_   
 Nein

Beantragte Leistungen:  Dauerpflege  Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?**  Ja  Nein  
 Wenn ja, bitte Kopie beifügen.

Blatt – 2 – Anmeldung

**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)



Blatt – 4 – Anmeldung

**Übernahme der Kosten:**

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Rente (bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

Rententräger

Renten-Nr./zeichen:

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

Pflegekasse Stufe: \_\_\_\_\_  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

**Bitte geben Sie an, wo folgende Urkunden aufbewahrt werden:**

**Personalausweis** \_\_\_\_\_

**Personenstandsurkunde** \_\_\_\_\_

**Haftpflichtversicherung** \_\_\_\_\_ **(notwendig)**

**Informationen zu Gesundheit und Pflege:**

---

---

---

---

---

---

---

## **8. Biografiebogen**

Mit dem Einzug in unsere Einrichtung beginnt für den neuen Bewohner ein neuer Lebensabschnitt.

Biografiedaten helfen uns, uns auf den Bewohner einzustellen.

Kennen wir Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen des neuen Bewohners, lassen sich Missverständnisse direkt zu Beginn des Heimaufenthaltes vermeiden.

Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte kann hilfreich sein, den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen.

Das ist besonders dann wichtig, wenn der Bewohner nicht oder nur eingeschränkt in der Lage ist sich sprachlich mitzuteilen.

Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig.

Unsere Pflegeüberleitung hilft Ihnen gerne bei der Beantwortung der Fragen.

Anlage:  
Biografie (3517) der DAN PRODUKTE Pflegedokumentation GmbH im Original

## 9. 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"/> bösaartig	<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"/>           |
| <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

## 10. 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

## 11. Checkliste

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

- Anmeldeformular
- Heimvertrag und Anlagen 1-6
- Biographiebogen
- Einstufungsbescheid der Pflegekasse
- Ärztlicher Fragebogen
- Auftrag zur Beschaffung von Medikamenten
- Versichertenkarte (am Einzugstag)
- Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden)
- Betreuungsausweis / Vorsorgevollmacht (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)

Herr Dötsch, Frau Paul und Frau Adams helfen Ihnen gerne beim Ausfüllen der Unterlagen.  
Kopien können Sie bei uns kostenfrei anfertigen.