

Anfrage zur Heimaufnahme

Vielen Dank für Ihre Anfrage, gerne senden wir Ihnen die gewünschten Informationen über unsere Einrichtung. In der Anlage erhalten Sie:

- die Anmeldung zur Heimaufnahme
- die ärztlichen Fragebögen allgemein sowie zu Kneipp-Anwendungen
- Wissenswertes zum Heimeinzug
- die aktuelle Preisübersicht für unser Haus „Am Elbufer“
- allgemeine vorvertragliche Informationen lt. §3 Abs. 2 WBG
- Informationen zu Kneipp

Sollten Sie einen Heimplatz benötigen, können Sie diese Formulare gerne schon im Vorfeld ausfüllen bzw. ausfüllen lassen

- Die **„Anmeldung zur Heimaufnahme“** bitte mit persönlichen Daten ergänzen und einreichen
- Die **„Ärztlichen Fragebögen“** bitte vom Hausarzt bzw. vom Arzt im Krankenhaus/Rehaklinik ausfüllen lassen (diese sind erst bei Heimaufnahme mitzubringen)
- **„Wissenswertes zum Heimeinzug“** dient als kleine Hilfestellung und soll Ihnen eine Erleichterung bei den Vorbereitungen für eine evtl. Aufnahme sein und Ihnen einen kleinen Einblick in unsere Einrichtung geben.

Bitte denken Sie daran, dass für eine Heimaufnahme ein Pflegegrad benötigt wird. Den Antrag hierfür stellen Sie bitte bei der Pflegekasse.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Auch für eine Besichtigung unserer Einrichtung können Sie gerne einen Termin vereinbaren.

Sie erreichen uns unter **0351-6528681-60** oder per mail info@altenpflegeheim-dresden.de

Herzliche Grüße aus der Landeshauptstadt Dresden

(i.A. Beate Oehme/Verwaltung)

Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurück)

Nachname : _____ Geburtsname : _____

Vorname : _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort : _____ Telefon-Nr. : _____

Straße : _____

PLZ, Wohnort : _____

Familienstand : _____ Konfession : _____

Ehepartner : _____ Geburtsdatum: _____

Staatsangeh. : _____ Erlerner Beruf: _____

letzte ausgeübte Tätigkeit: _____

Derzeitiger Aufenthalt (KH, Heim, zu Hause): _____

Hausarzt – Name, Anschrift, Telefon : _____

Kranken-/Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad (Kopie anfügen): _____ Umstufung beantragt ja nein

Medikamentenzuzahlungsbefreiung (Kopie anfügen): ja nein

Bekannte Allergien (z.B. Pollen, Heuschnupfen, Medikamente, Lebensmittel):

Antrag auf Sozialhilfe gestellt: nein ja , beim Sozialamt _____

Wunsch der Unterbringungsform Einzelzimmer Doppelzimmer

Heimantrag



Angehörige (bitte den Hauptansprechpartner unter Nummer 1. eintragen)

1. Name, Vorname _____
_____ (Bezug, z.B. Sohn/Tochter)

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

2. Name, Vorname _____
_____ (Bezug)

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

3. Name, Vorname _____
_____ (Bezug)

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

Betreuer, Bevollmächtigter (bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

Name, Vorname _____
_____ (Bezug)

Straße _____

PLZ, Ort _____

Telefon, E-Mail _____

Ort, Datum, Antragsteller/Bevollmächtigter

Hinweis: Wir informieren, dass Ihre in der Pflegeheim Pulsnitz GmbH erhobenen personenbezogenen Daten manuell und digital gespeichert und genutzt werden. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden beachtet und eingehalten. Der Bewohner wurde darüber informiert und erklärt sich damit einverstanden.

Ort, Datum, Antragsteller/Bevollmächtigter

Ärztlicher Fragebogen allgemein

(bitte vollständig vom Arzt ausgefüllt und unterschrieben zurück)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Umfang der Hilfeleistungen	nein	gelegentlich	häufig	daue rnd
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
beim zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt eine Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orientierung	ja	nein
Örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personell desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigt zum weglaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustände in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperlicher Zustand	ja	nein
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient behindert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Art von Behinderung		

Geistiger Zustand	ja	nein
Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welcher Art _____

Suchtkrankheiten	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, welche Art von Sucht _____

Heimantrag



Geistig-seelische Behinderung/Störung? **ja** **nein**

Wenn ja, welcher Art _____

Gemütszustand **freundlich** **willig** **verdrießlich**

Allergien **ja** **nein**

Wenn ja, welche _____

Ärztliche Diagnosen

Allgemeines **ja** **nein**
Liegt eine demenzielle Erkrankung vor?
Frei von ansteckenden Krankheiten?
Frei von TBC?
Frei von MRSA?
Diabetiker?

COVID Impfung
Datum der Impfungen 1. _____ 2. _____ 3. _____

Covid Genesen **Ja** **nein**

Erkrankungszeitraum _____

Aktuelle Medikation

Hinweise/Bemerkungen des Arztes

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztlicher Fragebogen zu Kneipp-Anwendungen

(bitte vollständig vom Arzt ausgefüllt und unterschrieben zurück)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Art der Anwendung	Anwendungsgebiete	Freigabe	Arzt Anmerkung	SKA-Trainer/Mentor Anmerkungen
Kneipp Waschungen	Anregende Waschung, Kreislaufanregung, Beruhigende Waschung, Einschlafhilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wasser treten	Besserung bei Beinschwellungen, Ermüdung der Beine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Armbad kalt/warm	Atmungsfördernd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Fußbad kalt/warm	Durchblutungssteigernd, bei häufigen Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Knieguss/Arm-guss Gesichtsguss	Durchblutungsfördernd, kreislaufanregend, Gefäß tonisierend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bäder	¾ – Bad, Entspannungsbad, anregendes Bad	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Inhalation	schleimlösend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Bürstungen	Durchblutung der Haut, Steigerung des Hautstoffwechsels	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wickel	Wadenwickel: Entlastung der Beine, Stärkung der Venen Bauchwickel warm: entkrampfend, beruhigend Brustwickel warm: atmungsvertiefend, entspannend	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Atemübungen	Brustkorbentlastung, Kreislaufanr.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Kraft- und Balancetraining	Kreislaufanregend, stärkend Muskelaufbauend, Sturzprävention	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Allergien auf ätherische Öle, Badezusätze, Kräuter o.ä.		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn Ja, welche Allergien				

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

Sonstige Anmerkungen/Hinweise durch SKA-Trainer/Mentor: _____

Datum, Unterschrift SKA-Trainer/Mentor

Wissenswertes zum Einzug

Bitte bringen Sie bei Heimeinzug folgendes mit:

Unterlagen

- Personalausweis
- umgemeldeten Personalausweis (Stadtverwaltung, Bürgeramt)
- umgemeldete Chipkarte der Krankenkasse
- Zuzahlungsbefreiungen, Befreiungen von Fahrtkosten
- Pflegeeinstufung und Kostenübernahme der Pflegekasse
- Rentenbescheide (freiwillig)
- Kostenübernahmeerklärung des Sozialhilfeträgers (bei Sozialhilfeempfängern)
- Kopie Betreuerausweis, Kopie Betreuerbestellung oder Vollmacht
- Impfausweis
- Bonusheft – Zahnarzt
- Überweisung vom Hausarzt bei Hausarztwechsel

Unsere Empfehlungen

Hygieneartikel

- Kulturbeutel
- kleines Körbchen
- Zahnpflegemittel
- Zahnprothesenbecher
- Parfüm, Deo
- Duschbad
- Haarshampoo
- Pflegecremes
- Nagelschere, Nagelfeile (namentlich beschriftet)
- Kamm, Bürste
- Rasierapparat und Rasierklingen
- Handspiegel
- Massagebürste mit Naturhaar für Kneipp-Anwendungen

Hilfsmittel (bei Bedarf, wenn vorhanden)

- Brille mit Etui
- Hörgeräte
- Gehhilfen
- Rollstuhl
- Toilettenstuhl, Toilettensitzerhöhung
- Zahnprothesen
- sonstige Hilfsmittel

Bekleidung

- Hausschuhe
- Festes Schuhwerk
- Sommer- und Winterbekleidung
- Nachtwäsche
- Unterwäsche
- Socken und Strümpfe, Strumpfhosen

Sonstiges

- kleine Reisetasche (für evtl. Aufenthalt im KH)
- 4 Handtücher, 4 Waschlappen (für evtl. Aufenthalt im KH)
- Kleiderbügel
- kleines Bad-Regal oder Bad-Wagen mit Rollen
- Nachttischlampe/ Deckenfluter
- Thermoskanne

Denken Sie bitte daran, dass sich unser Bewohner wie zu Hause fühlen soll. Wir bitten Sie deshalb, eigene lieb gewonnene Dinge wie z.B. Bilder mitzubringen. Vertraute Möbel wie, Uhren, Erinnerungsstücke etc. helfen dem Bewohner, sich schneller einzugewöhnen und sich wohlfühlen.

Mitgebracht werden können zum Beispiel

- Wandbilder, Spiegel
- kleiner Tisch, Kommode
- Sessel, Stühle
- Telefon
- Schrank
- Wanduhr, Wecker
- Tischdecken
- Fernsehgerät, Videogerät, Radio
- Zimmerpflanzen

Bitte achten Sie darauf, dass alle Sachen, Bekleidung, Hilfsmittel und Möbelstücke namentlich gekennzeichnet sind.

Preisübersicht

Informationen für die Bewohner über die Höhe der Vergütung der vollstationären Pflegeleistungen sowie der Leistungen für Unterkunft und Verpflegung. Für unsere Einrichtung Haus **AM ELBUFER** wurden folgende Entgelte mit den AOK Landesverbänden der Pflegekassen und dem Kommunalen Sozialverband Sachsen vereinbart.

Diese sind gültig ab dem 01.01.2023

Pflege-grad	Pflege-Leistung 1)	Unterkunft/Verpflegung 2)	Investitions-kosten	Ausbildungs-Betrag täglich (§28 Abs. 2 PfIBG)	Gesamt (pro Tag)	Gesamt-pauschale ø30,42Tagen	Anteil Kassen (abzüglich)	Eigenanteil Gesamtpauschale ø 30,42 Tagen
I	40,76 €	20,40 €	16,40 €	2,32 €	79,88 €	2.429,95 €	125,00 €	2.304,95 €
II	52,26 €	20,40 €	16,40 €	2,32 €	91,38 €	2.779,78 €	770,00 €	2.009,78 €
III	68,44 €	20,40 €	16,40 €	2,32 €	107,56 €	3.271,98 €	1.262,00 €	2.009,98 €
IV	85,30 €	20,40 €	16,40 €	2,32 €	124,42 €	3.784,86 €	1.775,00 €	2.009,86 €
V	92,86 €	20,40 €	16,40 €	2,32 €	131,98 €	4.014,83 €	2.005,00 €	2.009,83 €

- 1) Aufteilung Pflegeleistungen : 26,95 Euro EEE (einrichtungsbezogener Eigenanteil) / Rest Kassenanteil
 2) Aufteilung : Unterkunft: 15,77 €/ Tag Verpflegung: 4,63 €/Tag

Der Gesamtbetrag ist der zu zahlende Eigenanteil im Monat bei einer durchschnittlichen Pauschale von 30,42 Tagen pro Monat (365 Tage/12 Monate = 30,42 Tage/Monat). Hinzu kommen die Entgelte aus Zusatzleistungen, wie unten aufgeführt.

Leistungszuschlag n. §43c SGB XI (EEE 26,95 € + Ausbildungsumlage 2,32 €) – 29,27 Euro täglich

Prozentuale Übernahme des pflegebedingten Eigenanteils (Leistungszuschlag) durch die Pflegekassen gemäß folgender Staffelung:

Verweildauer im Heim	% -Zuschuss der Pflegekassen
0-12 Monate	5%
Ab dem 13. Monat bis 24. Monat	25%
Ab dem 25. Monat bis 36. Monat	45%
Ab dem 37. Monat	70%

(Hinweis: Kürzung des Leistungszuschlags bei Krankheit)

Zusatzkosten für Privatleistungen

Bereitstellungsgebühr für Kabelanlage 4,00 Euro monatlich

Zusatzkosten für Privatleistungen – optional –

Zuschlag für Einzelzimmer (3,00 €/Tag) 91,26 Euro monatlich

Investitionskosten letzte Anpassung 12/2021; Anteil Kassen Änderung 01.01.2017. / Zuschlagsbetrag §43b Abs. 2 SGB XI 4,58 € – Übernahme erfolgt durch die Pflegekasse

Allgemeine vorvertragliche Information (§ 3 Abs.2 WBG)

Im Mittelpunkt aller unserer Bemühungen um Pflege und Betreuung stehen die pflegebedürftigen Menschen. Wir sind darum bemüht, alle Bewohner sowohl in ihrer Selbständigkeit zu fördern als auch dort tatkräftig zu unterstützen, wo qualifizierte Hilfe notwendig ist, weil die eigene Kraft nicht mehr ausreicht.

Wir sind eine anerkannte und zugelassene Pflegeeinrichtung und Vertragspartner der Pflegekassen sowie der Sozialhilfeträger. Unsere Leistungen erstrecken sich von der Pflege über die Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung. Die einzelnen Pflege- und Betreuungsleistungen stimmen wir mit den pflegebedürftigen Menschen ab, damit sie dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Wir bieten qualifizierte Leistungen nicht nur im Bereich der Körperpflege, sondern selbstverständlich auch bei der Betreuung von z.B. altersverwirrten Menschen. Wir sind uns bewusst, dass mit dem Einzug in ein Pflegeheim die Sicherheit gesucht wird, auch in der letzten Lebensphase gut umsorgt zu sein. Da unsere Einrichtung über die notwendigen Vereinbarungen mit den Pflegekassen und der Sozialhilfe verfügt, ist ein Einzug selbstverständlich auch dann möglich, wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen, und Sie finanzielle Unterstützung durch die Sozialhilfe benötigen. Ihre Fragen hierzu beantworten wir gern.

Regelmäßige Betreuungsangebote sollen sowohl den Alltag abwechslungsreich gestalten helfen, als auch die Kontakte zu anderen Bewohnern fördern. Gern nehmen wir Ihre Anregungen zur Gestaltung auf, da uns sehr daran gelegen ist, unsere Angebote daran auszurichten, dass Ihnen sowohl Vertrautes als auch Neues geboten wird.

Unser Angebot an Speisen und Getränken berücksichtigt sowohl die regionale Küche, als auch die besonderen Anforderungen der Ernährung im Alter. Mit den Mahlzeiten verbinden wir nicht nur die reine Nahrungsaufnahme, sondern auch immer den gemeinschaftlichen Kontakt. Die Mahlzeiten werden im Speisesaal/Wintergarten, sowie in den Hausgemeinschaften angeboten.

Sollten sich der Pflege- oder Betreuungsbedarf des Bewohners ändern, wird die Einrichtung entsprechend diesem veränderten Bedarf angepasste Leistungen anbieten. Allerdings kann die Einrichtung in den folgenden Fällen die notwendigen Leistungen nicht anbieten, weshalb eine Anpassung der Leistungen an den veränderten Bedarf gem. §8 Abs. 4 WBG ausgeschlossen wird.

- a) Versorgung von Wachkomapatienten, Patienten mit apallischem Syndrom und von langzeitbeatmungspflichtigen Patienten sowie von Patienten mit Krankheiten oder Behinderungen, die eine ununterbrochene Beaufsichtigung und die Möglichkeit der jederzeitigen Intervention erforderlich machen. Personen mit Erkrankungen die zum Beispiel Spezialbetten oder andere spezielle Hilfsmittel erfordern. Die Einrichtung ist ihrer Konzeption nach für eine Versorgung dieser Personen und eine intensivmedizinische Versorgung personell, baulich und apparativ nicht ausgestattet.
- b) Versorgung von chronisch mehrfach geschädigten Alkoholikern, von Patienten mit Morbus Korsakow und von suchtmittelabhängigen Personen. Aus Sicht der Einrichtung bedarf es

wegen der mit diesen Krankheitsbildern häufig einhergehenden starken Tendenz zur Fremd- oder Selbstgefährdung für die Versorgung dieser Gruppen besonders hierfür fortgebildeten Personals. Die Einrichtung möchte jedoch nur die Gruppen versorgen, für die sie auch die Einhaltung der Qualitätsstandards gewähren kann.

- c) Bewohner, für die ein Unterbringungsbeschluss vorliegt oder die sonst unterbringungsähnliche Maßnahmen benötigen. Die Einrichtung betreibt keine geschlossene Abteilung, was Voraussetzung wäre, um diese Bewohner zu versorgen. Dies gilt insbesondere bei Bewohnern, bei denen eine Weglauftendenz mit normalen Mitteln eines Wegläuferschutzes nicht mehr beherrschbar ist und die sich dadurch selbst gefährden.

Sollte der Gesundheitszustand des Bewohners in den genannten Fällen keine Weiterbetreuung mehr zulassen und die Einrichtung deshalb den Vertrag beenden müssen, wird sie den Bewohner bzw. dessen Angehörige bei der Suche nach einer anderweitigen geeigneten Unterkunft und Betreuung unterstützen.

Unsere Einrichtung ist ruhig aber verkehrsgünstig gelegen. Öffentliche Verkehrsmittel erreichen Sie in nur 20 Metern Entfernung. Einkaufsmöglichkeiten bestehen im Umfeld und sind in wenigen Minuten erreichbar.

Selbstverständlich bieten wir auch ein verlässliches Wohnangebot. Damit die persönlich angestrebte Wohnform möglich ist, werden sowohl Einzelzimmer als auch Doppelzimmer angeboten. Häufig erleben wir, dass der Kontakt in einem Doppelzimmer helfen kann einer Vereinsamung vorzubeugen. Alle unsere Zimmer sind mit ansprechenden und gut zugänglichen Sanitärbereichen ausgestattet. Zusätzlich stehen moderne Pflegebäder zur Verfügung. Gerne können Sie auch die unterschiedlichen Gemeinschafts- und Gruppenräume sowie die Außenanlagen und den wunderschönen Garten nutzen.

Für uns ist es von besonderer Bedeutung, dass wir mit Ihnen und Ihren Angehörigen möglichst genau besprechen, welche Unterstützung Sie benötigen und wünschen. Je genauer wir dies Wissen, umso besser können wir Ihre Erwartungen erfüllen. Wir nehmen uns gern die Zeit, um Ihnen ganz konkret zu erläutern, ob und wie wir Ihre Erwartungen erfüllen können.

Hinweis:

wir möchten Sie hiermit über eine befristete Absenkung der Fachkraftquote auf bis zu 35% informieren.

Um die Qualität der Bewohnerversorgung zu steigern aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit zu erhöhen wurden Umstrukturierungen von Aufgaben und Abläufen, der Einsatz einer zentralen Dienstplanung, die SIS sowie die Digitalisierung der Dokumentationsaufgaben durchgeführt. Wir erzielen hierdurch primär eine optimalere pflegerische Versorgung unserer Bewohner. Durch einen fachlich adäquaten Einsatz (kompetenzorientierter Einsatz) unserer Pflegefachkräfte fördern wir eine Entlastung der Fachkräfte und somit mehr Freiraum für ihre Vorbehaltsaufgaben.

Der Kommunale Sozialverband hat der Absenkung bis zum 31.10.2022 zugestimmt.