Haus Sonnenhügel

Hier bin ich Zuhause

Informationen für unsere Gäste

Am Sonnenhügel 13
64397 Modautal-Hoxhohl
Tel: **06167 91 33-0**
Fax: 06167 91 33-20
info@haussonnenhuegel.de
www.haussonnenhuegel.de

Wir sind Mitglied im:

bpa Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

Wir bieten ihnen

- ✓ Wohlfühlen in familiärer Atmosphäre
- ✓ Seniorengerechtes Wohnen in Dauerpflege, Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- ✓ Aktivierende Pflege u. Betreuung
- ✓ Sicherheit, Hilfe und Geborgenheit
- ✓ Hausnotrufsystem 24 Std.
- ✓ Ruhige Lage im Naturpark Odenwald mit Wanderwegen direkt vor der Haustüre
- ✓ Notwendige persönliche Hilfen zur Bewältigung besonderer Lebenslagen
- ✓ Zimmer an Sonnenterasse oder Balkon
- ✓ Professionelles Mitarbeiterteam
- ✓ Ärzte, Frisör, Fußpfleger, Podologe, Krankengymnastin, Ergotherapeutin, Optiker und Einkaufsdienst versorgen Sie im Haus
- ✓ Vielfältige Freizeitaktivitäten
- ✓ Seniorengymnastik mit Musik
- ✓ Regelmäßige Gottesdienste im Haus
- ✓ Frische Mahlzeiten aus hauseigener Küche

Sollten Sie Fragen oder Wünsche haben, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wenn Sie unsere Einrichtung kennenlernen möchten, Vereinbaren Sie bitte einen Termin mit uns. Herzlich Willkommen im Haus Sonnenhügel!

Liane von Seelen, Markus Krämer
& das Mitarbeiterteam

Unser **Leitungsteam**

Markus Krämer

Inhaber / Heimleiter

Tel: **06167 9133-0**
Fax: 06167 9133-20
mk@haussonnenhuegel.de

- Organisation und Leitung
- Öffentlichkeitsarbeit
- Personalentscheidungen
- Beschwerdemanagement
- Qualitätsmanagement
- Optimierung von Struktur- und Ablauforganisation

Liane von Seelen

Verwaltungsleitung /
stv. Heimleitung

Tel: **06167 9133-21**
Fax: 06167 9133-20
lvs@haussonnenhuegel.de

- Organisation und Leitung
- Beschwerdemanagement
- Heimaufnahmen
- Fragen zum Heimvertrag
- Heimkostenabrechnung
- Finanzbuchhaltung
- Lohn / Gehalt

Rima Krämer

Verantwortliche
Pflegefachkraft

Tel: **06167 9133-11**
Fax: 06167 9133-20
rk@haussonnenhuegel.de

- Leitung des Pflegebereiches
- Personalentscheidungen
- Mitarbeitereinsatzplanung
- Urlaubsplanung der Mitarbeiter
- Annahme von Beschwerden
- Fragen zu Pflege & Betreuung

Bei Fragen oder Anregungen wenden Sie sich bitte an uns

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir - das **Haus Sonnenhügel-Team** - freuen uns über Ihr Interesse an unserem Haus, gelegen mitten im landschaftlich idyllischen Naturpark Odenwald-Bergstraße zwischen Darmstadt und Bensheim.
Schöne Wanderwege durch Wiesen und Wälder beginnen direkt vor der Haustüre. Auch andere Ausflugsziele und diverse Einkaufsmöglichkeiten sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen. In unmittelbarer Nähe befinden sich die Städte Ober-Ramstadt und Darmstadt.

Insgesamt finden bei uns 42 Bewohner auf drei Etagen die Möglichkeit, rund um die Uhr nach Ihren individuellen Ansprüchen und Bedürfnissen betreut und versorgt zu werden.

Es gibt verschiedene Aufenthaltsbereiche, ein großes Kaminzimmer zum Feiern, z.B. mit Angehörigen. Gemütliche Sitzecken laden zum geselligen Miteinander oder mal zum Zurückziehen ein.
Von den Bewohnerzimmern gelangt man auf drei Sonnenterassen oder Balkone, die zum Teil überdacht sind und im Sommer gerne genutzt werden.

Ebenfalls werden im Haus Beschäftigung, Therapie und Gymnastik angeboten. Ein Frisör, eine Fußpflegerin, ein Podologe, eine Krankengymnastin und eine Ergotherapeutin kommen regelmäßig in unsere Einrichtung. Sehr beliebt sind auch unsere musikalischen Veranstaltungen sowie Besuche von Hunden unserer Mitarbeiter.

Wir sind eine anerkannte und zugelassene Pflegeeinrichtung und Vertragspartner aller 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 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 Ihnen gerne.

Unsere Aufgabe

Im Sinne der ganzheitlichen Sicht umfasst die Betreuung Körper, Seele und Geist des Menschen.
Unser christliches Selbstverständnis ist geprägt und gekennzeichnet von gegenseitiger Annahme, Liebe und Hilfsbereitschaft gegenüber unseren Bewohnern und Mitarbeitern.

Wir möchten unseren Bewohnern Hilfe und Geborgenheit anbieten und ihnen ein lebenswertes und weitestgehend selbstbestimmtes Leben ermöglichen. Mit einem professionellen Mitarbeiterteam führen wir aktivierende Pflege und Betreuung nach Verordnung durch.
Wir sind darum bemüht, alle Bewohnerinnen und Bewohner in ihrer Selbstständigkeit zu fördern, sie zu behalten bzw. wiederzuerlangen. Auch unterstützen wir dort tatkräftig wo qualifizierte Hilfe notwendig ist, wenn die eigene Kraft nicht mehr ausreicht.

Ärztliche Versorgung

Für die Bewohnerinnen und Bewohner besteht freie Arztwahl, jedoch sind mehrere Hausärzte und Ärzte mit den Schwerpunkten Geriatrie, Psychiatrie und ein Facharzt für Neurologie in die Einrichtung mit eingebunden. Sie kommen zu regelmäßigen Visiten ins Haus. In unmittelbarer Nähe befinden sich niedergelassene Ärzte aus anderen Fachbereichen, die bei Bedarf in die Einrichtung kommen.

Das Zimmer

Angeboten werden sowohl Einzelzimmer als auch Mehrbettzimmer, damit die persönlich angestrebte Wohnform möglich ist. So erleben wir häufig, dass der Kontakt in einem Doppelzimmer helfen kann, einer Vereinsamung oder Ängsten vorzubeugen, insbesondere bei demenziell Erkrankten Menschen.

Die Zimmer sind hell und wohnlich ausgestattet und verfügen über moderne Pflegebetten. Die Bäder sind behindertengerecht. Gerne können Sie zusätzlich im Rahmen der Möglichkeiten eigene Möbel mitbringen (Tipps dazu entnehmen Sie bitte dem anhängendem Beiblatt). Wenn gewünscht unterstützen wir Sie bei der individuellen Einrichtung des Zimmers.

Die Zimmer verfügen meist über ein Duschbad und Mobiliar, das eine spezielle Pflege unter geriatrischen Gesichtspunkten ermöglicht. Dazu gehört u. A. ein elektrisch verstellbares Pflegebett, was wiederum die Unabhängigkeit der Bewohner erhöht. Durch eine Rufanlage ist es jedem Bewohner möglich, vom Zimmer, Bett und Toilette zu jeder Zeit das Fachpersonal zu erreichen.

Selbstverständlich können Sie die unterschiedlichen Gemeinschaftsräume, die Terrassen und das Freigelände nutzen.

Mahlzeiten

Unsere Mahlzeiten werden frisch in eigener Küche zubereitet!
Das Angebot an Speisen und Getränken berücksichtigt sowohl die regionale Küche als auch die besonderen Anforderungen der Ernährung im Alter. Wir bieten den Seniorinnen und Senioren eine gut ausgewogene Kost an, wobei auf die besonderen Erfordernisse, wie z.B. Schonkost und diätetische Ernährung geachtet wird.
Mit den Mahlzeiten verbinden wir nicht nur die reine Nahrungsaufnahme, sondern auch immer den gemeinschaftlichen Kontakt.

Sie werden zu folgenden Zeiten in unserem Speiseraum serviert:

Frühstück	**07.00 – 09.30 Uhr**	Kaffee-/Teezeit	**14.30 – 15.30 Uhr**
Mittagessen	**12.00 – 13.30 Uhr**	Abendessen	**18.00 – 19.00 Uhr**

Bewohnern, die aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder einer Erkrankung nicht an den Mahlzeiten im Speiseraum teilnehmen können, servieren wir gerne auf dem Zimmer.
Individuelle Essenswünsche werden gerne erfüllt.

„...hier läuft das Essen nicht vom Band, hier kocht man noch mit Herz und Hand“

Freizeitgestaltung / Beschäftigungsangebote

Wir bieten Ihnen in unserem Hause vielfältige Freizeit-Aktivitäten und kulturelle Betreuung an. Hierüber gibt unsere Informations-Wand und unser Freizeitprogramm Auskunft. Besonderen Wert legen wir auf unsere Gruppentherapie mit ihren tagesstrukturierten Maßnahmen, wie z.B.: Seniorengymnastik, Singkreis, Gesprächskreis, Hauswirtschaftstraining in der Bewohnerküche, Einzelgespräche, Vorlesen aus der Tageszeitung, Gedächtnistraining, Bewegungstherapie mit Musik, Morgenandachten, Gottesdiensten im Haus, Akkordeon und Klavierkonzerten, Kommunikationsspiele, Geburtstagsfeiern mit Wunschessen, Gartenfeste im Sommer, Musikveranstaltungen und kreative Bastelnachmittage.

Unsere Betreuungsangebote sollen sowohl den Alltag abwechslungsreich gestalten helfen als auch die Kontakte zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern fördern. Gerne 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.

Pflegerische Leistungen

Bewohner in unserer Einrichtung werden mit ihren unterschiedlichen Erkrankungen und Gebrechen ganzheitlich gepflegt. Wir übernehmen die Verordnete Pflege und Betreuung rund um die Uhr.
Darüber hinaus ist bei ärztlicher Verordnung Sonderernährung und Infusionsbehandlung gewährleistet. Ebenfalls werden von uns ärztlich delegierte Leistungen (u.A. Blutdruckkontrolle, Injektionen, Blutzuckermessungen) ausgeführt.

Bewegung und Rehabilitation

Bewegungstherapie sowie Mobilisation sind bei uns in die Pflege mit eingebunden.
Alle Bewohner sollen die Möglichkeit bekommen, täglich aktiv am Tagesgeschehen teilzunehmen.
Bettlägerigkeit stellt dabei kein Hindernis dar. Gehübungen und Gruppengymnastik gehören zu unserem Angebot. Spezielle Krankengymnastik und Physiotherapie werden nach Verordnung des Arztes arrangiert. Unsere festangestellte Ergotherapeutin behandelt wöchentlich unsere Bewohner einzeln oder in Gruppen. Hierbei wird auf die Erhaltung und Verbesserung von Bewegungsabläufen unserer Bewohner geachtet.

Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Neben der Dauerpflege bietet unser Haus auch Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege an.
Oftmals dient die Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt als Anschlussbehandlung zur Vorbereitung einer Rehabilitationsmaßnahme und trägt so zu einer weiteren gesundheitlichen Stabilisierung bei. Ruhe und Entspannung, aber auch Aktivierung und Förderung des Wohlbefindens unserer Bewohner sind uns wichtig.

Nicht aufnehmen können wir…

In einigen wenigen Fällen geraten wir mit unseren Möglichkeiten und der personellen und technischen Ausstattung an Grenzen. Insofern können wir eine Aufnahme **nicht anbieten** für:
Wachkomapatienten, Patienten mit Apallischem-Syndrom, Patienten mit Korsakow-Syndrom,
Patienten mit Krankheiten oder Behinderungen, die eine ununterbrochene Beaufsichtigung und die Möglichkeit der jederzeitigen Intervention erforderlich machen, Chronische, mehrfach geschädigte Alkoholiker und Suchtmittelabhängige Patienten.
Unsere Einrichtung betreibt keine geschlossene Abteilung, deshalb können keine Menschen mit Unterbringungsbeschluss oder Bewohner aufnehmen, bei denen eine Weglauftendenz mit normalen Mitteln des Wegläuferschutzes nicht mehr beherrschbar ist und die sich dadurch selbst gefährden.

Haustiere

Haustiere, ob klein oder groß, sind in unserer Einrichtung willkommen. Im Vorfeld ist hier eine individuelle Absprache über die Möglichkeiten bzgl. Tierhaltung, Versorgung notwendig.

Besuchszeiten

Aufgrund der aktuellen Corona-Situation können Besuche nur mit vorheriger Terminabsprache stattfinden. Wir bitten Sie unter der Telefonnummer **06167-9133-25** mit der diensthabenden Pflegefachkraft einen Termin zu vereinbaren.

Sollten Sie Fragen oder Wünsche haben, stehen wir Ihnen im Haus Sonnenhügel gerne persönlich oder telefonisch zur Verfügung. Wenn Sie unsere Einrichtung kennenlernen möchten, vereinbaren Sie bitte einen Termin mit uns.

Tipps zur Gestaltung des Zimmers

Ihr Angehöriger wird nun bald in unser Haus einziehen. Die Gestaltung des Zimmers ist insbesondere für demente Bewohner ein wichtiger Faktor, um sich schnell einzuleben und sich wohl zu fühlen.

Durch die Möblierung und auch Dekoration haben Sie es in der Hand, ob aus einem Zimmer ein Zuhause wird.
Da sich Demenzkranke diesbezüglich nicht immer äußern können, hier einige Tipps von uns:

Falls Ihr Angehöriger der Ansicht ist, es sollte so wenig mitgebracht werden wie möglich, setzen Sie sich liebevoll, aber bestimmt durch. Vermutlich kann dieser in einer so schwierigen Lebensphase kaum realisieren, dass er in diesem Zimmer lange Zeit leben wird.

Ein Pflegebett und ein Nachtschrank werden durch uns zur Verfügung gestellt. Natürlich bei Bedarf auch weitere Einrichtungsgegenstände wie Schrank, Tisch und Stühle. Aber grundsätzlich empfehlen wir auch nach Absprache persönliche Möbel von zu Hause mitzubringen, so dass man sich noch etwas heimisch fühlt.

Versuchen Sie, Ihren Angehörigen so weit wie möglich in die Wahl der mitgebrachten Gegenstände mit einzubeziehen. Schließlich handelt es sich ja um seine Lebenserinnerungen. Haben Sie Verständnis dafür, wenn Ihr Angehöriger unrealistische Wünsche äußert, wie z. B. die Mitnahme der Schrankwand. Bleiben Sie geduldig und lenken Sie die Aufmerksamkeit auf anderen Einrichtungsgegenstand, z. B. einen kleineren Beistellschrank, Kommode, Sessel oder Stehlampe…

Nehmen Sie bekannte Stücke aus den letzten Jahren oder Jahrzehnten mit. Kaufen Sie nur im Notfall neue Möbel in Absprache mit uns. Diese sind vielleicht in Ihren Augen schöner, Ihr Angehöriger hat aber keinen Bezug zu ihnen.

Wir empfehlen Ihnen Dekorationsgegenstände aus dem ehemaligen Wohnumfeld mitzunehmen: Fotos, Fotoalben, Bilder, Wanduhr, Stickbilder. Versuchen Sie, die Anordnung der Bilder über dem Bett ähnlich zu gestalten wie in der häuslichen Umgebung. Unser Hausmeister hilft Ihnen dabei gerne.

Schalen, Vasen, Figuren, Lieblingsbücher (auch wenn Ihr Angehöriger sie nicht mehr liest) schaffen eine vertraute Atmosphäre.

Nehmen Sie eine Auswahl an Dingen mit, an denen Ihr Angehöriger zuletzt Freude hatte. Wenn dies Puppen waren oder Spielzeug aus der Kindheit, haben Sie keine Scheu, diese Sachen mitzubringen. Viele Demenzkranke beschäftigen sich mit Dingen aus der Vergangenheit, die vor der Erkrankung keine Rolle mehr gespielt haben.

Den Fernseher von zu Hause oder das gewohnte Radio können Sie gerne auch mitbringen.
Wolldecke, Kissen und Schultertuch schaffen z.B. eine heimische Atmosphäre.

Wir können leider keine Haftung für Wertsachen übernehmen. Das wertvolle Ölgemälde oder der teure Perserteppich gehen also im täglichen Gebrauch möglicherweise kaputt. Auch Schmuck geht bei demenziell Erkrankten sehr leicht verloren. Es macht mehr Sinn, wenn Sie den Schmuck aufbewahren und immer nur ein oder zwei Stücke mitbringen.

Mitarbeiter der zusätzlichen Betreuung für unsere Demenziell Erkrankten Bewohner

Angelika Horvath

Sylvia Greb

Sorin Paraschivoiu

Ihr **Aufgabengebiet** umfasst:

- ✓ Spezielle Gruppenangebote
- ✓ Einzeltherapie (Gehschule, Feinmotorik-, Rollstuhltraining durch Ergotherapeutin)
- ✓ Seniorengymnastik mit Musik, Bewegungsübungen
- ✓ Stuhl- und Sitztänze
- ✓ Singkreis
- ✓ Hauswirtschaftstraining
- ✓ Kreative Bastelnachmittage
- ✓ Akkordeon-, Gitarren- und Klavierkonzerte
- ✓ Feste / Feiern gemäß den Jahreszeiten
- ✓ Vorlesen aus der Tageszeitung
- ✓ Gedächtnistraining
- ✓ Rätsel- und Denksportaufgaben, Gedächtnistraining
- ✓ Spaß + Spiel zur Förderung der Kommunikation
- ✓ Geburtstagsfeiern mit Wunschessen
- ✓ Bingo-Nachmittag
- ✓ Seelsorgerisches Angebot
- ✓ Pers. Hilfen zur Bewältigung besonderer Lebenslagen

Die Veranstaltungstage und Anfangszeiten für die oben genannten Aktivitäten entnehmen Sie bitte dem Wochenplan

§ 43b SGB XI - Inhalt der Leistung

Pflegebedürftige in stationären Pflegeeinrichtungen haben nach Maßgabe von § 84 Absatz 8 und § 85 Absatz 8 Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht.
Deswegen beschäftigen wir zusätzliche Betreuungskräfte für demenziell erkrankte Bewohner.
Gerne informieren wir Sie in einem persönlichen Gespräch über den anspruchsberechtigten Personenkreis und weitere Details.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

○ **Vollstationäre Pflege** ab:

○ **Kurzzeitpflege** von: bis:

○ **Verhinderungspflege** Ankunft (Uhrzeit):

Abholung (Uhrzeit):

Grund des Aufenthaltes in der Einrichtung:

Name, Vorname: geb. am:

Geb.-Name: Geb.-Ort:

Familienstand: ○ ledig ○ verheiratet ○ verwitwet ○ geschieden

Konfession: Staatsangehörigkeit: Körpergröße: cm

Bisherige Adresse

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Klinik, Reha)

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Angehöriger | Betreuer (1. Ansprechpartner)

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Angehöriger | Betreuer

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Hausarzt

Name:
Fachrichtung:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:

ggf. Facharzt

Name:
Fachrichtung:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:

Kranken- / Pflegekasse

Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:
Vers.-Nr.:

Pflegegrad: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 ○ keine ○ Antrag gestellt

Bestehen folgende Vereinbarungen?

○ Versorgevollmacht ○ Patientenverfügung
○ Generalvollmacht ○ Gesetzliche Betreuung

Kostenträger

○ Privat

Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:

○ Sozialhilfe

beantragt ○ ja ○ nein

Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Sind Sie in Behandlung bei einem:

- ◯ Ergotherapeut
- ◯ Physiotherapeut
- ◯ Krankengymnastik

Name:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Telefon:

Nehmen Sie…?

- ◯ Gerinnungshemmer

Haben Sie…?

- ◯ Diabetes ◯ Insulinpflichtig
- ◯ einen Herzschrittmacher
- ◯ Allergien gegen bestimmte Medikamente
- ◯ Sonstige Allergien
- ◯ Ansteckende Krankheiten
- ◯ Keimerkrankungen
- ◯ Asthma
- ◯ Epilepsie
- ◯ Demenz
- ◯ Sauerstoffversorgung

Sind Sie…?

- ◯ Dialyse-Patient
- ◯ weglaufgefährdet
- ◯ unruhig
- ◯ aggressiv
- ◯ übergewichtig kg

Diagnosen / Medikamente

Liegt ein aktueller Arztbrief mit Diagnosen und Medikamenten vor? ◯ ja ◯ nein
(Bitte spätestens am Tag der Heimaufnahme vorlegen)

ⓘ Wichtige Informationen zu Medikamenten

Bei Heimaufnahme dürfen nur **vom Arzt angeordnete Medikamente** und Salben mitgebracht werden.
Sämtliche Medikamente müssen der **Pflegefachkraft übergeben** werden.
Im Zimmer dürfen **keine Medikamente** oder Salben aufbewahrt werden.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

- ◯ nein
- ◯ ja, welche? ◯ Gehstock ◯ Rollator ◯ Rollstuhl

Besteht ein Sturzrisiko? ◯ ja ◯ nein

Besteht eine Hin-/Weglauf-Tendenz? ◯ ja ◯ nein

Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?

◯ Begleitung zur Toilette ◯ Inkontinenzhilfen ◯ Katheter

Welche Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

◯ Hilfe beim Gehen ◯ Hilfe beim An-/Ausziehen ◯ Hilfe beim Essen
◯ Wundversorgung ◯ Hilfe bei der Körperpflege ◯ Medikamente

Sonstiges:

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

◯ Duschstuhl ◯ Wechseldruckmatratze ◯ Inkontinenzhilfen
◯ Toilettensitzerhöhung ◯ Urinflasche ◯ Lifter

Folgendes wurde am Aufnahmetag abgegeben:

◯ Personalausweis ◯ Krankenkassenkarte ◯ __ Hörgerät/e
◯ Befreiungsausweis Krankenkasse ◯ Kopie Betreuer Ausweis ◯ Kopie Vollmachten
◯ Gebiss (oben/unten) ◯ Sauerstoffgerät ◯ eigener TV
◯ Portemonnaie ◯ Bargeld, _____ Euro

Sonstige Wertgegenstände:

Für mitgebrachte Wertgegenstände übernehmen wir keine Haftung.
Wir empfehlen, keine großen Geldbeträge, wertvollen Schmuck, sowie auch keine teuren Bilder oder Vasen mitzubringen.
Bitte nehmen Sie auch keine Schlüssel ihres ehemaligen Wohnsitzes mit in unsere Einrichtung.
Gerne können wir für Sie auf Wunsch Geld oder Schmuck in unserer Verwaltung verwahren.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Covid-19

Vor der Heimaufnahme müssen neue Bewohner ein negatives PCR-Testergebnis schriftlich vorweisen.

Testergebnis liegt schriftlich vor? ○ ja, vom: ○ nein

Wurden Sie gegen **Covid-19** geimpft? ○ ja, am: ○ nein

Falls Sie noch nicht geimpft sind, sind Sie bereit sich gegen **Covid19** impfen zu lassen? ○ ja ○ nein

○ Ich war bereits mit **Covid-19** infiziert.

Haben Sie Interesse an der Vermittlung von zusätzlichen Leistungen?

Medizinische Fußpflege „gesunde Füße auch im Alter"

Gesunde und gepflegte Füße sowie Zehennägel tragen entscheidend zum Wohlbefinden eines Menschen bei. Regelmäßige Fußpflege dient darüber hinaus auch der Vorbeugung von Krankheiten und ist die Basis für gesunde Füße. Eine Fußpflegerinnen sowie ein ausgebildeter Podologe kommen jeweils alle 6 Wochen in unsere Einrichtung. Allerdings sind die Kosten dafür nicht im Pflegesatz enthalten.

Ihr Wunsch: ○ Fußpflege ○ Podologe

Frisör

Zu einem gepflegten Äußeren gehört auch ein guter Haarschnitt. Eine Friseurin kommt einmal im Monat ins Haus und übernimmt auf Wunsch u.a. „Waschen, Schneiden und Legen" für unsere Bewohner. Weitere Leistungen können Sie gerne bei unserer Frisörin erfragen.

Ihr Wunsch: ○ ein mal im Monat ○ jeden zweiten Monat ○ keine Frisörbesuche

Bemerkungen:

Physio- / Ergotherapie

Physiotherapeuten und Ergotherapeuten kommen auf ärztliche Anordnung (Rezeptpflichtig) in unser Haus.

Sollten Sie Fragen hierzu haben, wenden Sie sich bitte an unsere Pflegedienstleitung.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Biografiebogen

Datum:

Name, Vorname:

Liebe Angehörige, lieber Bewohner,
da mit dem Einzug in unsere Einrichtung ein neuer Lebensabschnitt beginnt, benötigen wir einige Biografie-Angaben.

Die gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unseren Bewohnern. Desto detaillierter die Aufgaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir auf unsere Bewohner eingehen.

Ebenso ist das Wissen über Lebensabschnitte und einschneidende Erlebnisse hilfreich, den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen. Besonders wenn der Bewohner selber nicht mehr in der Lage ist seine Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen, ist dies von besonderer Bedeutung. Kenntnisse über die Biografie und Einblick in die Gefühlswelt machen das tägliche Zusammenleben zwischen Bewohnern und Mitarbeitern einfacher und verständlicher.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten.
Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich **freiwillig**.

Alle Informationen werden ausschließlich für pflegerische Zwecke genutzt und vertraulich behandelt. Soweit es möglich ist, sollte der/die Bewohner/in daran beteiligt werden.
Für Fragen und Hilfsstellung stehen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Vertrauen.

Ihr Team vom Haus Sonnenhügel

Familiäre Situation

Lebenspartner:

Kinder: ◯ ja ◯ nein Anzahl:

Wohnen alle/teil: ◯ am Ort ◯ in der Nähe ◯ weit weg

Besonderen Bezug zu:

Bemerkungen:

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Biografiebogen

Datum:

Name, Vorname:

Schulbildung

Schulabschluss:

Studium:

Berufsausbildung:

Beruflicher Werdegang:

Derzeitiges Verhältnis zu Arbeit / Hobbys:

Kommunikation

- ◯ Ist gern in der Gesellschaft
- ◯ Ist lieber allein
- ◯ Mangelnde Kommunikation aufgrund bisheriger Isolation

- ◯ Großer Freundeskreis
- ◯ Großer Bekanntenkreis
- ◯ Ausgeprägtes Vereinsleben
- ◯ Stammtisch

- ◯ Gruppenreisen
- ◯ Individualreisen
- ◯ Studienreisen
- ◯ Busreisen

- ◯ Politisch Interessiert
- ◯ Kirchenarbeit
- ◯ Ehrenämter
- ◯ Diskussionsabende
- ◯ Skatabende
- ◯ Kino / Theater

Verhaltensweisen

- ◯ Sportlich
- ◯ Gesundheitsbewusst
- ◯ Modebewusst
- ◯ Körperbewusst
- ◯ Geschlechtsbewusst
- ◯ Tagmensch
- ◯ Nachtmensch
- ◯ Führungsnatur
- ◯ Immer beschäftigt
- ◯ Gern allein
- ◯ Introvertiert
- ◯ Extrovertiert
- ◯ Lebhaft
- ◯ Mitteilsam
- ◯ Ruhig
- ◯ Laut
- ◯ Ordnungsliebend
- ◯ Fröhlich
- ◯ Ängstlich
- ◯ Mutig
- ◯ Unruhig

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Biografiebogen

Datum:

Name, Vorname:

Welche Interessen / Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besondern am Herzen?

Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?

Haben Sie besondere Vorlieben oder Hobbys?

… sonstige Informationen?

Datum, Unterschrift (Bewohner, Betreuer oder Angehörige)

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Wahlessen & Besonderheiten

Datum:

Name, Vorname:

Im Rahmen unseres Qualitätsmanagements geben wir jedem Bewohner die Möglichkeit, nach seinen Wünschen und Biographie sein individuelles Essen auszuwählen.
Änderungswünsche nimmt unsere Küche jederzeit gerne entgegen.

Ernährung

- ◯ normale Kost
- ◯ Schonkost
- ◯ Vollwerternährung
- ◯ Vegetarisch
- ◯ Diabetiker
- ◯ Dementenkost
- ◯ kein Schweinefleisch

Ärztlich angeordnete Diätkost ◯ ja ◯ nein

Unverträglichkeiten / Allergien ◯ ja ◯ nein

Nahrungsaufnahme

- ◯ Selbstständig
- ◯ benötigt Anleitung
- ◯ benötigt Unterstützung
- ◯ vorbereiten
- ◯ kleinschneiden
- ◯ ohne Rinde

Sondernahrung (PEG) seit: sonstiges:

Flüssigkeitsbedarf

lt. Arzt Dr. ml/Tag

Schluckstörung

◯ ja

Ursache: ◯ nein

Arztbericht liegt vor? ◯ ja ◯ nein

Andickung nötig? ◯ ja ◯ nein

◯ nein

Wo möchten sie ihre Mahlzeiten einnehmen?

- ◯ Speiseraum
- ◯ Zimmer
- ◯ Terrasse (im Sommer)

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Wahlessen & Besonderheiten

Frühstück

◯ **Kaffee**	◯ mit Koffein	◯ ohne Koffein	◯ Kännchen Thermo	
◯ **Tee**	◯ Sorten:			
◯ **Kakao**	◯ kalt	◯ warm		
◯ **Milch**	◯ kalt	◯ warm		
Brotsorten	◯ Roggenbrot	◯ Toastbrot	◯ Vollkornbrot	◯ Weizenmischbrot
	◯ Knäckebrot	◯ gemischt	◯ Wasserbrötchen	◯ Körnerbrötchen
Sonstiges	◯ Butter	◯ Margarine	◯ Quark	◯ Marmelade
	◯ Honig	◯ Wurst	◯ Käse	◯ Frischkäse
	◯ Joghurt	◯ Ei (sonntags)	◯ Obst	◯ Müsli
	◯ Grießbrei	◯ Pudding	◯ Brei	

Sonderwünsche:

Mittagessen

Portion	◯ voll	◯ halb		
Passierte Kost	◯ ja	◯ nein		
Würzen	◯ normal	◯ scharf	◯ ohne	
Sonstiges	◯ Tagessuppe	◯ Schleimsuppe	◯ Gemüse	◯ Kartoffelbrei

Isst / trinkt

gerne:

ungerne:

gar nicht:

Wunschessenszeit: Uhr

Nachmittagskaffee

◯ **Kaffee**	◯ mit Koffein	◯ ohne Koffein	◯ Kännchen Thermo	
◯ **Tee**	◯ Sorten:			
◯ **Kakao**	◯ kalt	◯ warm		
◯ **Milch**	◯ kalt	◯ warm		
	◯ Gebäck	◯ Kuchen	◯ Waffeln	

Wunschessenszeit: Uhr

Sonderwünsche:

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Wahlessen & Besonderheiten

Zwischenmahlzeit

- ◯ Joghurt
- ◯ Multivitaminsaft
- ◯ Diabetiker Gebäck
- ◯ Obst: _____

Abendessen

◯ **Tee**	◯ Sorten: _____			
◯ **Kakao**	◯ kalt	◯ warm		
◯ **Milch**	◯ kalt	◯ warm		
Brotsorten	◯ Roggenbrot	◯ Toastbrot	◯ Vollkornbrot	◯ Weizenmischbrot
	◯ Knäckebrot	◯ gemischt	◯ Wasserbrötchen	◯ Körnerbrötchen
Sonstiges	◯ Butter	◯ Margarine	◯ Quark	◯ Marmelade
	◯ Honig	◯ Wurst	◯ Streichwurst	◯ Käse
	◯	◯	◯	◯
	◯	◯	◯	◯

Frischkäse Streichkäse Joghurt Ei
Obst Grießbrei Pudding Brei / Kompott

Wunschessenszeit: _____ Uhr

Ich habe den Inhalt des Speiseplan zur Kenntnis genommen

- ◯ Ich bin mit dem Speiseangebot zufrieden
- ◯ Ich habe folgende Änderungswünsche:

_____

_____

_____

Datum, Unterschrift (Bewohner, Betreuer oder Angehörige)

Wäscheversorgung

Sehr geehrte Angehörige / Betreuer,

die zügige und saubere Reinigung der persönlichen Wäsche unserer Bewohnerinnen und Bewohner liegt uns sehr am Herzen. Wir lassen für unsere Bewohner in der **Dauerpflege** sämtliche Wäsche durch eine externe **Wäscherei Jöckel** waschen.

Kennzeichnung (bei Dauerpflege)

Die eingebrachten Kleidungsstücke müssen **nicht** mit dem Namen gekennzeichnet sein!
Der Bewohnername mit Code wird für Sie kostenfrei von unserer Wäscherei eingeklebt.

Chemische Reinigung (bei Dauerpflege)

Oberkleidung, die nicht waschbar ist, wird in die Chemische Reinigung gegeben. Die Kosten dafür werden Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Wir bitten Sie wenn möglich auf Kleidung aus Naturwolle zu verzichten. Eine Preisliste über Chemische Reinigung händigen wir Ihnen bei Nachfrage gerne aus.

Neue Bekleidung (bei Dauerpflege)

Wir möchten Sie bitten, **sobald neue Kleidungsstücke nachgekauft werden, diese zuerst in der Verwaltung abzugeben!** Wir leiten die neue Kleidung an die Wäscherei weiter.

Im Falle dass Sie Kleidung neu nachkaufen, bitten wir Sie dass Sie handschriftlich die Anzahl der neu eingebrachten Kleidung auf diesem Formular ergänzen. (Bitte auch wenn Kleidung entnommen wird). Dies vermeidet Missverständnisse.

Kurzzeitpflege

Aus logistischen Gründen unserer externen **Wäscherei Jöckel** kann die Bewohnerwäsche in der Kurzzeitpflege erst **ab dem Aufenthalt von mehr als vier Wochen gewaschen werden.** Bitte geben Sie bei der Heimaufnahme ausreichend Kleidung mit. **Die Schmutzwäsche wird im Zimmer in einer Wäschetonne gesammelt. Bitte holen Sie ggf. Schmutzige Kleidung regelmäßig zum Waschen ab und bringen bei Bedarf frische Wäsche mit.** Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Neu eingebrachte Kleidung	Stückzahl	Entnommene Kleidung	Stückzahl

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Mobiles Bewohnertelefon

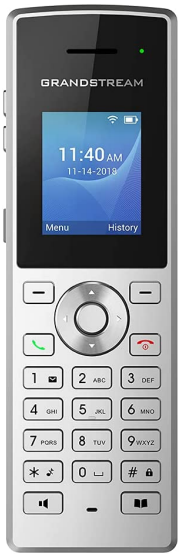
Mietvereinbarung

Wir bieten unseren Bewohnerinnen und Bewohnern ab November 2022 die Möglichkeit, ein **Mobiltelefon bei uns zu Mieten.**
Einsetzbar im gesamten Haus sowie auf allen Terassen rund um die Einrichtung.

So können Sie jederzeit mit ihren Angehörigen und Freunden in Kontakt bleiben.

Vermietung von:

- Mobiltelefon inkl. Ladestation
- Kostenloses telefonieren
- Persönliche Rufnummer
- Eine Verbindung in das Netz der Deutschen Telekom



○ Telefon für 24,95€ mtl. mieten
(Monatlich kündbar)

Ich erkläre mich hiermit einverstanden dass für die Bereitstellung des Telefon Mobilteils sowie für die Gebühren (Flatrate ins deutsche Festnetz) das Haus Sonnenhügel eine
monatliche Gebühr i.H.v. 24,95 Euro mit der monatlichen Heimpflegekostenabrechnung einzieht*.

Modautal, den

Datum, Unterschrift (Bewohner oder Bevollmächtigter)

Die zugewiesene Rufnummer ist und bleibt Eigentum des Haus Sonnenhügel. Es besteht kein Anspruch auf eine Rufnummermitnahme. Aus technischen Gründen ist es unter Umständen möglich, dass Wechsel oder Neuzuweisungen der Rufnummern erfolgen und dem Bewohnertelefon eine neue Rufnummer zugewiesen wird. Das Haus Sonnenhügel übernimmt keine Haftung für jegliche während der Gültigkeit dieser Mietvereinbarung entstehenden Schäden, welche absichtlich und auch unabsichtlich durch den Mieter verursacht werden.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Am Sonnenhügel 13
64397 Modautal / Hoxhohl
Telefon: 06167 91 33-0
Telefax: 06167 91 33-20
info@haussonnenhuegel.de
www.haussonnenhuegel.de

Kosten-Information ab 01. Januar 2025

Vollstationäre Pflege

	Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Allgemeine Pflegeleistungen	38,95 €	55,16 €	72,19 €	89,09 €	106,71 €	114,63 €
Unterkunft	18,26 €	18,26 €	18,26 €	18,26 €	18,26 €	18,26 €
Verpflegung	12,18 €	12,18 €	12,18 €	12,18 €	12,18 €	12,18 €
Investitionsaufwand	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €
Ausbildungsumlage-zuschlag (ab 01.02.2021)	3,86 €	3,86 €	3,86 €	3,86 €	3,86 €	3,86 €
Summe pro Tag	**88,25 €**	**104,46 €**	**121,49 €**	**138,39 €**	**156,01 €**	**163,93 €**
Pflegesatz bei 30,42 Tagen	2.684,57 €	3.177,67 €	3.695,73 €	4.209,82 €	4.745,82 €	4.986,75 €
Anteil der Pflegekasse	131,00 €	131,00 €	805,00 €	1.319,00 €	1.855,00 €	2.096,00 €
Verbleibender Eigenanteil/Monat	**2.553,57 €**	**3.046,67 €**	**2.890,73 €**	**2.890,82 €**	**2.890,82 €**	**2.890,75 €**
Eigenanteil pro Tag	**83,94 €**	**100,15 €**	**95,03 €**	**95,03 €**	**95,03 €**	**95,03 €**

ⓘ Der Eigenanteil sinkt im Laufe des Aufenthalts:

Je länger eine pflegebedürftige Person in einem Pflegeheim lebt, umso höher ist der Leistungszuschlag der Pflegekasse. Der Leistungszuschlag wird automatisch gezahlt, es muss kein gesonderter Antrag gestellt werden.

Der Eigenteil reduziert sich jedes Jahr wie folgt:

im 1. Jahr **um 15%** im 2. Jahr **um 30%** im 3. Jahr **um 50%** ab dem 4. Jahr **um 75%**

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Haus Sonnenhügel
Hier bin ich Zuhause

Einwilligung zur Veröffentlichung von Bildmaterial

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Ich erteile hiermit dem Haus Sonnenhügel die Erlaubnis,
Bilder mit meiner Person für die unten aufgezählten Punkte zu verwenden:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ○ Gestalten der **Homepage und Heimzeitung** des Haus Sonnenhügel
- ○ Gestalten von **Fotoalben und Bilderrahmen**, die das Leben im Seniorenheim repräsentieren und zur Bewohneraktivierung verwendet werden
- ○ Zum hinterlegen in unserer **Pflege- und Abrechnungssoftware (DAN)** und zum **Aushang neben der eigenen Zimmertüre**
- ○ **Bilderpräsentation am Monitor** im Eingangsbereich
- ○ Für die Verwendung von **Einzel- und Gruppenfotos** von meiner Person im Informationsmaterial sowie in Zeitungsartikeln

Ort, Datum: _____

Unterschrift Bewohner: _____

ggf. Unterschrift gesetzl. Vertreter: _____

00000000001036819091 60

SEPA-Lastschriftmandat

(Zusatzformular zur Ermächtigung zur Kontenwechselhilfe)

Hinweis: Mit dem SEPA-Lastschriftmandat kann der unten genannte übertragende Zahlungsdienstleister seine offenen Forderungen aus der bisherigen Geschäftsbeziehung von dem unten genannten Konto einziehen.

Name des Zahlungsempfängers (übertragender Zahlungsdienstleister)*:
Markus Krämer

Anschrift des Zahlungsempfängers (übertragenden Zahlungsdienstleisters gem. Interbankenband)*:

Straße und Hausnummer:
Am Sonnenhügel 13

Postleitzahl und Ort:
64397 Modautal

Land:
Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers (übertragenden Zahlungsdienstleisters gem. Interbankenband)*:
DE30ZZZ00001183993

Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.

Ich ermächtige/Wir ermächtigen (A) die **„automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben"**, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der **„automatisierter Name Zahlungsempfänger von oben"** auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

*Angaben sind von dem empfangenden Zahlungsdienstleister auszufüllen.

Name des/der Zahlungspflichten/Verbraucher(s) (Kontoinhaber):

Adresse des/der Zahlungspflichtigen/Verbraucher(s) (Kontoinhaber):

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

Land:

IBAN des Zahlungspflichtigen (22 Stellen):

Ort:

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des/der Zahlungspflichtigen/Verbraucher(s) (Kontoinhaber):

manuell

114 909.000 D0 (Fassung Sep. 2016) - v1.2 - o
© Deutscher Sparkassenverlag

Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum
Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.
Wilhelm-Leuschner-Straße 27 Telefon 06071 – 498742420
64846 Groß – Zimmern Telefax 06071 – 498742490
www.sun-apo.de E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

FB 08-102.1 Stand 04/2019

Einwilligungserklärung zur Arzneimittelversorgung und der damit verbundenen Speicherung gesundheitsbezogener und arzneimittelbezogener Daten des Heimbewohners/Kunden in der Apotheke

Ich bin darüber informiert, dass die unten genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da der Apothekeninhaber, Dr. Gerald von Schumann, und sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein(e) Apotheker/in mit diesem Kontakt aufnimmt. Ebenso stimme ich zu, dass die Apotheke den bislang verschreibenden Arzt darüber informiert, wenn die mir verordnete Medikation zur Neige geht. Weiter ist die Pflegeeinrichtung berechtigt, die Apotheke über einen Wechsel meines Arztes zu informieren.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten spätestens zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.
Hiermit bestimme ich die Sonnen Apotheke, Wilhelm-Leuschner-Str. 27, 64846 Groß-Zimmern als meine beliefernde Hausapotheke. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden. Mein Recht auf freie Apothekenwahl bleibt unberührt.

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">LIEFERUNG</td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Bewohner/Kunde
Name, Vorname</td><td colspan="2"></td><td>Adresse Angehörige / Betreuer</td><td colspan="2">(ggf. Vollmacht in Kopie beifügen)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Pflegeheim/
Pflegedienst</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">Rechnungs-adresse (falls abweichend)</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kurzzeitpflege bis:</td><td>Vollstationär ab:</td></tr>
<tr><td>Wohnbereich</td><td colspan="2"></td><td>Telefon
(z.B. Betreuer)</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Geburtsdatum</td><td colspan="2"></td><td>Email</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>Krankenkasse</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td colspan="2" rowspan="2">Rechnungsstellung erfolgt monatlich.
Bitte füllen Sie das beigefügte SEPA-Lastschrift-Formular aus</td></tr>
<tr><td>Besteht eine Private Zusatzversicherung</td><td>Ja</td><td>Nein</td></tr>
<tr><td>Zuzahlungs-befreiung
(von-bis)</td><td colspan="5">ACHTUNG, kann nur bei Vorliegen der Kopie des Befreiungsausweises berücksichtigt werden!
→ BITTE ZEITNAH AN APOTHEKE FAXEN!</td></tr>
<tr><td>Hausarzt
Name,
Anschrift,
Tel.</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">Der Bewohner ist bereits Kunde in der Sonnen-Apotheke in Groß-Zimmern oder der Odenwald-Apotheke in Nieder-Modau</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>Ja</td><td>Nein</td><td>Nicht bekannt</td></tr>
</table>

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner, (ggf. gesetzlicher Vertreter Vollmacht in Kopie beifügen)

Erstellt am, durch: **02.08.2017** **Geändert 11.04.2019** **Pra**	**Vorgelegt QMB, Freigabe** **11.04.2019** **Sartorius**	**Freigabe Firmenleitung** **11.04.2019** **Dr. v. Schumann**

Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum
Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.
Wilhelm-Leuschner-Straße 27 Telefon 06071 – 498742420
64846 Groß – Zimmern Telefax 06071 – 498742490
www.sun-apo.de E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

FB 08-102.1 Stand 04/2019

SEPA-Lastschrift-Formular

- Zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift. Barzahlungen vor Ort in der Apotheke sind im Bereich der Heimversorgung, aufgrund der Kundenkreistrennung nicht möglich! -

Hiermit ermächtige ich, nach Erhalt der Rechnung, die Sonnen-Apotheke, Groß-Zimmern bis auf schriftlichen Widerruf den Rechnungsbetrag von meinem Konto einzuziehen.

Sollte sich die Bankverbindung ändern, wird diese sofort der Apotheke mitgeteilt.

Name, Vorname des zahlungspflichtigen Bewohners / Kunden:

_____

Name Pflegeeinrichtung / Pflegedienst:

_____

Kontoinhaber (falls abweichend)**:**

_____

Bank:

_____

IBAN:

_____

Noch offene Rechnungen dürfen ebenfalls eingezogen werden: ☐
(Bitte ankreuzen)

Ort, Datum Unterschrift Bewohner/des Kontobevollmächtigten (ggf. Vollmacht in Kopie beifügen)

Verantwortlicher:
Dr. Gerald v. Schumann e.K.
Wilh.-Leuschner-Str.27
64846 Groß-Zimmern
Email: schumann@sun-apo.de

Datenschutzbeauftragter:
Markus Oelze
Wilh.-Leuschner-Str.27
64846 Groß-Zimmern
Email: datenschutzbeauftragter@sun-apo.de

Die aktuelle Datenschutzerklärung liegt in der Apotheke aus.

Erstellt am, durch:	Vorgelegt QMB, Freigabe	Freigabe Firmenleitung
02.08.2017 Geändert 11.04.2019 Pra	11.04.2019 Sartorius	11.04.2019 Dr. v. Schumann

NeuroCentrum	**FB Schriftliche Einwilligung für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten und Gesundheitsdaten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)**	Erstellt/geprüft: S. Anwar	Version: 3 **20.01.2020**
		Seite 1 von 1	

Die in der
Überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft (üBAG)
Neuro Centrum Odenwald 64711 Erbach, Albert-Schweitzer-Str. 8
mit weiteren Standorten in 64823 Groß-Umstadt, Krankenhausstr. 13
und 64283 Darmstadt, Grafenstr. 13
erhobenen personenbezogenen Daten (z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum) und Gesundheitsdaten (z.B. Bilddaten, Anamnesen, Krankheiten, Größe, Gewicht und Laborwerte), die zur Durchführung der Untersuchung / Behandlung erforderlich sind, werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrages aufgrund gesetzlicher Berechtigung erhoben. Zu diesem Zweck werden meine Laborproben an das mit dem Neuro Centrum Odenwald kooperierende Labor übermittelt.

Die Datenschutzhinweise gemäß Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind in unseren Praxen ausgelegt und können von Ihnen mitgenommen werden. Für jede über die DSGVO hinausgehende Nutzung Ihrer Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie im folgenden Abschnitt freiwillig erteilen. Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

Freiwillige Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

_____ _____
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) Geb-Datum (bei Minderjährigen Name des Erziehungsberechtigten)

_____ _____
Handynummer/Telefonnummer E-Mail- Adresse

(nicht zutreffendes bitte streichen)

- Ich willige ein, dass mein **Befundbericht** durch die üBAG NeuroCentrum Odenwald **an den überweisenden Arzt / die überweisende Ärztin** und von mir genannte Personen per Fax, per Post oder verschlüsselt elektronisch versendet werden darf.
- Ich willige ein, dass die üBAG NeuroCentrum Odenwald **Voraufnahmen** (wie z.B. Röntgen-Bilder, die in anderen Praxen oder Krankenhäusern erstellt worden sind), **Befundberichte und Arztbriefe**, die für die aktuelle Untersuchung relevant sind, **anfordern und nutzen** darf.
- Ich willige ein, dass die üBAG NeuroCentrum Odenwald von mir erstellte **Bilder** und **Befundberichte** anderen Arztpraxen und Krankenhäusern beispielsweise zur weiteren Bewertung und Therapieplanung auf Anforderung **zur Verfügung stellt** (per Fax, per Post, mündlich oder verschlüsselt elektronisch)
- Ich willige ein, dass die im Rahmen meiner Behandlung in der üBAG NeuroCentrum Odenwald gespeicherten Daten über die gesetzlichen Fristen hinaus aufbewahrt werden, um ggf. für spätere Behandlungen verfügbar zu sein.
- Ich willige ein, dass Rezepte, Befunde usw. an folgende Personen und Ärzte ausgehändigt/verschickt werden:

  Sonstige Personen…….....

  Hausarzt: ……

  Apotheke:……

◯ Eine Kopie dieser Einwilligung habe ich erhalten.

◯ Ich verzichte auf die Aushändigung einer Kopie.

Die freiwillige Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen werden.

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift des Betroffenen
(Patient/Erziehungsberechtigter/Bevollmächtigter/Betreuer)