



**Verwaltungsbogen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben Ihnen auf diesem Formular noch einmal zusammengestellt, was Sie beim Neueinzug in unser Haus alles beachten müssen. Wir möchten Ihnen mit diesem Formular helfen, bereits vor Einzug alle notwendigen Formalitäten mit uns zu regeln, so dass sie sich am Einzugstag Ihres Angehörigen ausschließlich um Diesen kümmern können.

Lesen Sie sich dieses Schreiben bitte sorgfältig durch und beantworten Sie möglichst alle Fragen. Bitte bringen Sie zum Gespräch mit unseren Verwaltungsmitarbeitern auch alle dort aufgeführten und erforderlichen Unterlagen und Bescheide mit.

Unsere Mitarbeiter werden dieses Formular dann noch vor dem Einzugstag mit Ihnen gemeinsam durchsprechen und alle noch offenen Fragen klären.

Sollten Sie noch Fragen haben, stehen wir Ihnen hierfür natürlich jeder Zeit zur Verfügung.

Wir wissen natürlich, dass momentan viel auf Sie zukommt. Machen Sie sich keine Sorgen, gemeinsam mit Ihnen werden wir die anstehenden Formalitäten bewältigen.

Ihr Verwaltungsteam

\*\*\*\*\*

Name: \_\_\_\_\_

Vertragsbeginn: \_\_\_\_\_ Datum Einzug: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

**1. Heimkosten**

Die Pflegekasse übernimmt nur einen Teil der Heimkosten. Die Höhe der Leistung der Pflegekasse richtet sich nach dem Pflegegrad (siehe auf unserer Preisliste „Heimentgelte“: Leistungen der Pflegekasse).

Der Eigenanteil der vom Bewohner oder seinen Angehörigen zu tragen ist, richtet sich ebenfalls nach dem Pflegegrad und danach, ob Sie ein Einzelzimmer oder ein Doppelzimmer beziehen möchten (auf derselben Liste).

**Kann dieser Eigenanteil selbst aufgebracht werden?**

Ja       Nein

Wenn Nein, wenden Sie sich bitte an das Sozialamt des Bezirks Oberbayern (Tel: 089-219801) und stellen Sie dort einen Antrag; **informieren Sie uns bitte unbedingt sofort, wenn der Antrag gestellt ist!**

Zuständig ist derzeit Frau Reimann Tel: 089-2198-26102, Fax: 089-2198-05-26102

**Liegt bereits ein Bescheid vor?**

Ja  Nein (Wenn JA: Diesen benötigen wir in Kopie)

Bitte beachten Sie:

Sollte durch den Bezirk Oberbayern Sozialhilfe gewährt werden, wird diese in der Regel nur für ein Doppelzimmer gewährt. Die Kosten für das Einzelzimmer (Einzelzimmerzuschlag) werden nur übernommen, wenn vom Hausarzt ein entsprechendes Attest vorliegt.

Bei Staatsbediensteten oder deren Ehepartner:

**Beihilfeberechtigt?**

Ja  Nein

**Liegt bereits ein Pflegegrad vor?**

Ja  1  2  3  4  5  
 Nein  beantragt / Schnelleinstufung

Diesen Bescheid bitte in Kopie mitbringen!

**Sondennahrung**

Wenn ein Bewohner ausschließlich über eine Sonde ernährt wird, verringert sich das tägliche Heimentgelt um 6,90 € (das ist der für den Einkauf von Lebensmitteln vorgesehene Tagessatz).

**Die Ernährung erfolgt ausschließlich über die Sonde**

Ja  Nein

**Inkontinenz**

Benötigt der Bewohner Inkontinenzmaterialien, muss der Wohnbereich vom Hausarzt ein Rezept anfordern („Dauerverordnung für Inkontinenz“).

**Inkontinenzmaterialien werden benötigt**

Ja  Nein (wenn JA muß „Wahlrechtserklärung“ im Vertrag für vollstationäre Pflege unterzeichnet werden)

**Bitte beachten Sie:**

**Bei einem Kurzzeitpflegeaufenthalt müssen die verwendeten Inkontinenzmaterialien von Ihnen mitgebracht werden. Sollten Inkontinenzprodukte durch uns gestellt werden müssen, so werden diese in Rechnung gestellt. Eine Übernahme dieser Kosten durch die Krankenkasse ist dann nicht möglich.**

## **2. Weitere Kosten („Nebenkosten“)**

Neben den reinen Heimkosten kommen eventuell noch andere Kosten auf Sie zu, und zwar für Friseur, Fußpflege, spezielle Pflegemittel, Apotheken- und Rezeptzuzahlung, Taschengeld usw.

Bitte überlegen Sie sich:

- Wünschen Sie **Friseurbesuch** im Haus (Frau Petra Geissel, Friseurmeisterin, Kooperationspartnerin von uns)  
 Ja       Nein  
Wenn **Ja**, bitte vereinbaren Sie auf der Station, wie oft die Friseurin kommen soll und was sie machen soll (z.B. Dauerwellen u.Ä).
- Wünschen Sie **Fußpflege** im Haus  
 Ja       Nein – ich kümmere mich selber um Fußpflege  
Wenn **Ja**, liegt eine medizinische Indikation vor, so dass eine podologische Behandlung vom Arzt rezeptiert werden kann und über die Krankenkasse abgerechnet werden kann?  
 Ja       Nein

Wenn **Nein**, welchen unserer Kooperationspartner sollen wir für die Fußpflege verständigen? (siehe Formular „Fußpflegerische / Podologische Behandlung“)

Wir empfehlen **dringend, keine größeren Geldbeträge** in den Zimmern aufzubewahren; dafür können wir keine Haftung übernehmen.

In diesem Zusammenhang: Auch für sonstige Wertgegenstände der Bewohner können wir leider keine Verantwortung übernehmen.

Alle unter diesem Punkt genannten Kosten werden vom Maria-Stadler-Haus in Vorleistung beglichen und dann zusammen mit der Heimabrechnung als „Nebenkosten“ vom Konto abgebucht. Wir bitten Sie dringend darauf zu achten, dass das Konto gedeckt ist, da sonst eine Rücklastschriftgebühr anfällt, die der Bewohner zu tragen hätte.

## **3. Wäsche**

Die Wäsche unserer Bewohner wird von der Fa. Stangelmayer gewaschen und wenn gewünscht, auch gereinigt. **Bitte füllen Sie hierzu das entsprechende Formular in den Vertragsunterlagen aus.**

Die gesamte Wäsche muss mit dem Namen des Bewohners gezeichnet werden, dies übernimmt für Sie die Fa. Stangelmayer.

**Die einmaligen Kosten hierfür betragen 56,00 € und müssen vom Bewohner selber gezahlt werden.**

Ausschließlich für **Kurzzeitpflegen** muss die Wäsche selber durch Angehörige gewaschen werden. Hierfür bitten wir die Angehörigen um einen Wäschesack zum Sammeln der Wäsche.

#### **4. Telefonanschluss**

Wünschen Sie einen Telefonanschluss?

Die Telefonkosten werden durch die hauseigene Telefonanlage der Maria-Stadler-Haus gGmbH ermittelt und nachträglich dem Bewohner in Rechnung gestellt.

Die monatliche Grundgebühr beträgt 3,00 €.

Ja            Nein

#### **5. Fernseher für die Kurzzeitpflege**

Für die Kurzzeitpflegezimmer steht eine begrenzte Anzahl an TV-Leihgeräten zur Verfügung. Die Leihgebühr hierfür beträgt 2,00 € pro Tag

Wünschen Sie ein TV-Leihgerät ?

Ja            Nein

#### **6. An- und Ummeldung (nur bei Dauerpflege-Aufenthalt)**

Ist nur noch in der Stadt Haar erforderlich (innerhalb 14 Tagen).

Denken Sie bitte daran, auch bei der Post die neue Adresse anzugeben (Nachsendeantrag). Wir benötigen für unsere Unterlagen eine Kopie der Ummeldebescheinigung.

#### **7. Rundfunkgebührenbefreiung**

BewohnerInnen von Alten- und Pflegeheimen sind generell von der Rundfunkgebührenpflicht befreit. Den entsprechenden Antrag erhalten Sie über das Internet.

#### **8. Versichertenkarte**

Die Versichertenkarten werden bei uns auf den Wohnbereichen verwahrt; bitte denken Sie daran, die Adresse auf der Chipkarte ändern zu lassen!

#### **9. Befreiung von Zuzahlung**

Ja            Nein

Die Befreiungskarte oder den Bescheid über die Befreiung bitte in der Verwaltung abgeben (nicht auf den Wohnbereichen); denken Sie bitte daran, die Befreiungen für das nächste Jahr/Quartal noch im alten Jahr/Quartal abzugeben, da es sonst zu Überschneidungen kommt. Die schon ausgezahlten Gebühren müssten Sie dann selbst von der Kasse zurückfordern.

#### **Achtung: Nicht alle Medikamente sind kostenbefreit!**

Es kann sein; dass der Arzt ein Medikament verordnet, das nicht von der Krankenkasse erstattet werden kann. Dies wird dann von der Apotheke in Rechnung gestellt. Wir bitten Sie, selbst die Rechnungen der Apotheke auf Fehler zu kontrollieren. Diese Leistung können wir leider nicht erbringen.

## **10. Impfnachweis Covid-19**

Ist in der Vergangenheit eine Impfung gegen Covid-19 erfolgt?

Ja    Nein

Sofern vorhanden legen Sie uns bitte einen Nachweis über den aktuellen Impfstatus vor (Impfbescheinigung / Kopie Impfpass).

## **11. Apotheke**

Wir lassen in der Regel die Tabletten von unserer Partnerapotheke liefern und ggf. auch verblistern.

Wünschen Sie die Zusammenarbeit mit unserer Partnerapotheke, in diesem Fall benötigen wir hierfür Ihre Einwilligungserklärung (siehe gesondertes Formular Einwilligungserklärung an uns zur Weitergabe an die Apotheke ) ?

Ja    Nein

Wenn Sie nicht möchten, dass wir die Medikamentenversorgung über die mit uns kooperierende Apotheke veranlassen, so müssen wir Sie darüber informieren, dass **Sie selber** die rechtzeitige Beschaffung und Lieferung der Medikamente in unser Haus sicherstellen müssen.

Noch eine Bitte: Bringen Sie bitte alle zuhause noch vorhandenen Medikamente (auch Salben, Tinkturen, Insulinspritzen, Tropfenbehälter und auch Verbandsmaterial) am besten noch einige Tage vor Ihrem Einzug mit.

Denken Sie hier bitte auch daran, uns einen ggf. vorhandenen **Allergie-, Impf-, Marcumar-, Herzschrittmacher- oder Implantatausweis** mitzubringen.

## **12. Post**

Für jeden Bewohner gibt es vor der Verwaltung im Erdgeschoss einen eigenen Briefkasten. Der Briefkasten für jeden Bewohner ist mit der Zimmernummer versehen. Bitte leeren Sie diesen regelmäßig. Vielen Dank!

## **13. Vollmachten / Betreuungsbeschluss**

- Generalvollmacht       Vollmacht       Vorsorgevollmacht
- Betreuerausweis liegt vor       im Original       in Kopie       Nein
- Beschluss Amtsgericht liegt vor       im Original       in Kopie       Nein
- Aufgaben des Betreuers:       alle Angelegenheiten       Einzelangelegenheiten

#### **14. Weitere Unterlagen, die wir benötigen**

Seit 1.1.2009 ist eine Änderung des Personenstandgesetzes in Kraft getreten. Künftig muss das Heim dem Standesamt in Haar Todesfälle anzeigen. Um das entsprechende Formular ausfüllen zu können, benötigen wir Kopien von folgenden Unterlagen:

Der künftige Bewohner / die künftige Bewohnerin ist

- ledig:
- Geburtsurkunde
  - Auszug aus dem Familienbuch der Eltern bei Heirat vom 1.1.1958 bis 31.12.2008
- verheiratet:
- Geburtsurkunde
  - Heiratsurkunde
  - Auszug aus dem Familienbuch bei Heirat vom 1.1.1958 bis 31.12.2008
- verpartnert:
- Geburtsurkunde
  - Lebenspartnerschaftsurkunde
- geschieden:
- Geburtsurkunde
  - Heiratsurkunde
  - Scheidungsurkunde mit Rechtskraftvermerk
- verwitwet:
- Geburtsurkunde
  - Heiratsurkunde
  - Sterbeurkunde des vorverstorbenen Ehegatten

#### **Anlagen:**

- Checkliste Aufnahmeunterlagen
- Einwilligungserklärung Partnerapotheke

- Biografiebogen

Haar, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift (Bewohner/ Angehöriger/ Betreuer)