



PERSÖNLICHER FRAGEBOGEN

Heimaufnahme

Wir freuen uns, dass Sie sich für einen Aufenthalt in unserer Einrichtung entschieden haben. Gerne sind wir Ihnen beim Ausfüllen des Fragebogens behilflich!

Bitte füllen Sie jede Seite aus, sollte etwas nicht für Sie in Frage kommen, streichen Sie bitte den Teil weg oder schreiben Sie „Nicht erwünscht“.

Bewohnerdaten

Gewünschte Aufnahme:

- Stationäre Pflege ab: _____
 Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____
 Verhinderungspflege von: _____ bis: _____

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer Zimmer-Nr.: _____

Grunddaten:

Frau Herr Titel: _____
Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Geburtsname: _____ Nationalität: _____
Familienstand: _____ Konfession (freiwillige Angabe): _____

Adresse:

Letzte Meldeadresse:
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Gegenwärtiger
Aufenthaltsort: _____

Einkommen

Das monatliche Einkommen/Rente beträgt: _____ € (Nachweise der letzten drei Monate)

- Die Kostenzusage der Pflegekasse liegt vor*
 Die Differenz wird durch ein SEPA-Lastschriftmandat eingezogen*
 Die Differenz wird durch die Rentenüberleitung gedeckt*
 Differenz wird vom Sozialhilfeträger _____ übernommen*
 Antrag wurde gestellt* Kostenzusage liegt vor* Antrag wurde nicht gestellt*
Datum: _____ Datum: _____

*Einzugsmeldung wird durch die Einrichtung an den Sozialhilfeträger abgesendet

Rentenüberleitung

CURATA Senioreneinrichtungen GmbH - Lehnschulzenhaus Heidensee

Name der Rentenversicherung

Adresse

PLZ Ort

Betreff: Kontoänderung

Ort, Datum

Name, Vorname

Rentenversicherungsnummer

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte überweisen Sie meine monatlichen Rentenbezüge ab _____

Datum

auf folgendes Konto:

Kontoinhaber: CURATA Senioreneinrichtungen GmbH

Bankinstitut: HypoVereinsbank

Kontonummer: 0033 5024 94

Bankleitzahl: 1002 0890

BIC: HYVEDEMM488 **IBAN:** DE92 1002 0890 0033 5024 94

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandates für Pflege- und Betreuungsvertrag (wiederkehrende Lastschrift)

Zahlungsempfänger

CURATA Senioreneinrichtungen GmbH, Lehnschulzenhaus Heidensee, An der Dahmebrücke 2, 15754, Heidensee

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Mandatsreferenz/Verwaltungsnummer:

BIC: **HYVEDEMM488**

IBAN: **DE92 1002 0890 0033 5024 94**

Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Vorname und Name – Kontoinhaber

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Straße und Hausnummer

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Postleitzahl und Ort

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kreditinstitut

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

BIC

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

IBAN

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige/wir ermächtigen die **CURATA Senioreneinrichtungen GmbH** als Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Datum, Ort

CURATA Care Holding GmbH

Unterschrift Kontoinhaber

07.02.2023

Seite 3 von 16

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 kein _____

Wurde ein Antrag auf einen (höheren) Pflegegrad gestellt?

nein

ja, bei: _____ am: _____
Kranken-/Pflegekasse

Wurde bereits eine Begutachtung durch den MDK durchgeführt?

ja

nein

Hausarzt/Behandelnde Ärzte

Name: _____

Name: _____

Straße, Ort: _____

Straße, Ort: _____

Fachrichtung: _____

Fachrichtung: _____

Betreuer/Angehörige/Rechnungsempfänger

Gesetzlicher Betreuer:

Gerichtlich bestellte Betreuung lt. Ausweis/Beschluss

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.-Nr./Fax.-Nr.: _____

Verwandtschaftsverhältnis
(bei Betreuer = Angehöriger): _____

E-Mail: _____

Aufgabenkreis:

Aufenthalt

Gesundheit

Post

Finanzen, Vermögenssorge

Wohnung

Behörden

Angehörige:

1) Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name: _____ Tel. tagsüber: _____

Straße: _____ Tel. abends: _____

PLZ, Ort: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

- Verständigung bei Krankheit/Tod Vollmacht Vollmacht über den Tod hinaus
 auch nachts (22:00 – 07:00 Uhr) Patientenverfügung

2) Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name: _____ Tel. tagsüber: _____

Straße: _____ Tel. abends: _____

PLZ, Ort: _____ Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

- Verständigung bei Krankheit/Tod Vollmacht Vollmacht über den Tod hinaus
 auch nachts (22:00 – 07:00 Uhr) Patientenverfügung

Rechnungsempfänger:

Bewohner Betreuer Angehöriger Nr.: _____

Sonstiger:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Kostenträger

Kranken-/Pflegekasse:

Kranken-/Pflegekasse: _____ versichert: gesetzlich
Sachbearbeiter: _____ privat
Straße: _____
PLZ, Ort _____ Befreiung für: Zuzahlungen
Versicherungsnummer: _____
Tel.-Nr.: _____

Wurden in diesem Kalenderjahr bereits Leistungen der KZP in Anspruch genommen? Wenn ja, in welcher Höhe €?

Beihilfeberechtigt (ja/nein) Prozent Beihilfe:

Rechnungsanschrift Beihilfestelle:

Öffentliche Kostenträger: (nicht bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege)

Kostenübernahme durch das Sozialamt wurde beantragt: nein ja, am: _____

Zuständiges Sozialamt: _____

Sonstiges

Bestattungsvorsorge:

Es besteht ein Vertrag/eine Regelung mit folgendem Bestattungsinstitut:

Nachlassregelung:

Der gesamte sich in der Einrichtung befindliche Nachlass soll an folgende Personen

ausgehändigt werden: siehe Angehöriger 1 siehe Angehöriger 2

Sonstige Person:

Freiheitseinschränkende Maßnahmen:

Wenn ja, welche?

Gerichtlicher Beschluss liegt vor:

Starttermin freiheitseinschränkende Maßnahmen:

Endtermin freiheitseinschränkende Maßnahmen:

Einverständniserklärung für die fotografisches Wunddokumentation

Ich bin damit einverstanden, dass personenbezogene Daten und Fotos von meinen Wunden zur Verlaufskontrolle gemacht werden und verwendet werden dürfen. Die Fotografie/n meiner Wunden dienen der Dokumentation, um den Heilungsverlauf genauer beobachten zu können. Die Fotos werden in meiner Kranken-/Bewohnerakte archiviert und ausschließlich zu Zwecken der Wunddokumentation verwendet.

ja nein

Datenschutzhinweise:

Die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten ist Voraussetzung für Ihre Aufnahme in unserer Einrichtung.

Ohne diese Daten können wir i. d. R. keinen Vertrag mit Ihnen schließen. Die Verarbeitung erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 lit. 1b) DS-GVO und erfolgt zur Durchführung des Wohnervertrags.

Die Frage nach Ihrer Konfession dient u. a. der Organisation von Gottesdiensten und ist freiwillig (Art. 9 Abs. 2 lit. 1a DS-GVO). Sie können diese Angaben jederzeit widerrufen. Des Weiteren steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und das Beschwerderecht bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätige/n, dass ich/wir diese Selbstauskunft nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe/n. Ich/wir nehmen zur Kenntnis, dass die Anmeldung verbindlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/Betreuer/Angehöriger

Bewohnerpost

Bewohner:

Name

Vorname

Folgende Vorgehensweise bei Posteingang wird gewünscht:

Die Post soll mir (Bewohner) persönlich ausgehändigt werden.

Die Post für den Bewohner soll:

in der Verwaltung

auf dem Wohnbereich zurückgehalten werden.

Folgende Personen sind zur Abholung berechtigt:

Die Post soll in der Verwaltung zurückgehalten und monatlich mit der Abrechnung an folgende Adresse weitergeleitet werden:

Datenschutzhinweise:

Die Abgabe der Erklärung über die Regelung der Bewohner Post beruht auf Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO. Der Datenverarbeitungszweck ist die korrekte Zustellung/Weiterleitung der Post und die Abrechnung der dafür entstehenden Kosten. Ihnen steht das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und das Beschwerderecht bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Betreuers

Verwahrgeld

Bewohner:

Name

Vorname

Klient-ID

Auftrag zur Verwahrgeldverwaltung (nur gültig für Selbstzahler, nicht für Sozialhilfeempfänger):

Mit meiner Unterschrift beauftrage ich die Bereitstellung und Verwaltung eines Verwahrgeldkontos.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich zu gewährleisten, dass das Verwahrgeldkonto ein Guthaben aufweist, da die CURATA Senioreneinrichtungen GmbH bei ungedecktem Konto nicht in Vorleistung für Ausgaben tritt.

Eine ordentliche Buchführung wird seitens der CURATA Senioreneinrichtungen GmbH für das Verwahrgeldkonto gewährleistet.

Dieser Service kann jederzeit vom Bewohner/Betreuer mit einer Frist von vier Kalenderwochen gekündigt werden.

Auffüllung des Verwahrgeldkontos:

Ich wünsche eine automatische Auffüllung des Kontos durch Rechnungslegung:

monatlich mit einem festen Betrag in Höhe von _____ €

Ausgabenregelung:

Folgende Ausgaben bitte ich vom Verwahrgeldkonto abzudecken:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Friseur | <input type="checkbox"/> Fußpflege | <input type="checkbox"/> Kosmetikartikel |
| <input type="checkbox"/> Zuzahlungen | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Bringliesel |
| <input type="checkbox"/> sämtliche Ausgaben | | |

Barauszahlungen an Bewohner:

- | | | | |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> nach Absprache | | | |
| <input type="checkbox"/> ohne Absprache | | | |
| <input type="checkbox"/> Höhe: _____ € | <input type="checkbox"/> wöchentlich | <input type="checkbox"/> monatlich | |
| <input type="checkbox"/> keine Auszahlungen | | | |

Datenschutzhinweise:

Die Abgabe über den Auftrag zur Verwahrgeldverwaltung ist freiwillig (Art. 6 Abs. 1 lit. a) und Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO). Der Datenverarbeitungszweck ist die Abwicklung von Zahlungen im Rahmen eines Verwahrgeldkontos. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft - unter Einhaltung einer Frist von vier Kalenderwochen - widerrufen. Die Kündigungsfrist ist aus organisatorischen Gründen zwingend erforderlich. Des Weiteren steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und das Beschwerderecht bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Betreuers

Externe Dienstleistung

Bewohner:

Name

Vorname

In unserem Hause steht ein Standard für die grundpflegerische Versorgung von Haut und Haar, Wasch- und eine Körperlotion zum Eincremen zu Verfügung.

Sollten Ihr Angehöriger eine andere Waschlotion oder Körperlotion wünschen, sind diese auf eigene Kosten zu kaufen. Dasselbe gilt für zusätzliche Pflegeutensilien wie z.B. Zahnpasta, Deo usw. Diese Artikel müssen von Ihnen besorgt werden. Bitte kreuzen Sie an:

1. ich besorge **alle** benötigten Pflegeartikel **selbst**
2. ich besorge **die nicht zur Standardleistung** gehörenden Pflegeartikel **selbst**

Die kosmetische Fingernagelpflege (nur schneiden der Nägel!) wird in unserem Hause als Standardleistung vom Pflegepersonal übernommen. Ausnahmen: Diabetes, Durchblutungsstörungen der Extremitäten und weitere.

Die Fußpflege erfolgt über einen Podologen. Außerdem besteht die Möglichkeit die Leistung Fingernagelpflege vom Podologen, der regelmäßig in unser Haus kommt, in Anspruch zu nehmen.

1. Die kosmetische Fingerpflege (nur schneiden) soll vom **Pflegepersonal** übernommen werden
2. Die Leistung soll vom **Podologen** übernommen werden (Zahlung erfolgt vom ggf. Taschengeldkonto).

Diese Leistung soll alle _____ Wochen/Monate durchgeführt werden.

Achtung: Hier besteht auch die Möglichkeit eine ärztliche Verordnung zu erhalten.

3. Ich organisiere eine/einen eigene/n Fußpflege/Podologen

Friseurbesuche sind grundsätzlich eine Wunschleistung und somit selbst zu entrichten.

Als Standard werden in unserem Hause die Haare auf Wunsch beim Duschen mitgewaschen, trockengefönt aber nicht gelegt oder sonstiges.

1. Standardleistung gewünscht
2. ich möchte die Wunschleistung eines Friseurbesuches alle _____ Wochen/Monate durchgeführt haben

Bezahlung/Rechnungsbegleichung Dienstleister

Die vom Dienstleister (z. B. Podologen, Friseur etc.) durchgeführte Dienstleistung wird vom Taschengeld/Verwahrgeld abgezogen. Wird vom Bewohner kein Taschengeld/Verwahrgeld geführt, muss die erbrachte Leistung durch den Bewohner direkt ggü. dem Dienstleister beglichen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Betreuers

Formular: Foto-/Film-Rechteübertragung für Bewohner, Angehörige und Besucher

Die CURATA Care Holding GmbH veranstaltet Foto-Shootings, die jeweils angekündigt werden. Die Teilnahme an den Foto-Shootings ist **freiwillig**. Dies vorweggeschickt willige ich,

Vor- u. Nachname	<input type="text"/>
Straße/Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Wohnort	<input type="text"/>
geboren am	<input type="text"/>

hiermit ein, dass die

CURATA Care Holding GmbH und deren verbundene Unternehmen alle von mir im Rahmen aller künftigen Fotos-Shootings erstellten Fotos- und Filmaufnahmen (zusammen oder einzeln "Aufnahmen") zeitlich und räumlich unbeschränkt, auch mehrfach, für alle betrieblichen Zwecke in jeglicher Art verwenden darf. Eine entstellende Nutzung der Aufnahmen ist ausdrücklich ausgeschlossen.

Diese Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a) DS-GVO) umfasst, die Nutzung der Aufnahmen durch CURATA Care Holding GmbH oder Dritte, welchen CURATA die Nutzung der Aufnahmen gestattet; die Bearbeitung der Aufnahmen durch Retusche, Bildung von Ausschnitten, Digitalisierung, Bild-Montagen oder anderweitige Veränderungen; die Nutzung in allen Medien, einschließlich Druckwerke, Magazine und Broschüren, Plakate, digitale Medien, digitale Speicher, Internet, Rundfunk und die Archivierung; die Verwendung für interne Zwecke und publizistische und/oder werbliche Zwecke sowie für die Pressearbeit; die elektronische Verarbeitung und Speicherung dieses Formulars, zur Erleichterung interner Prozesse und der Sicherstellung von Aufbewahrungs- und Nachweispflichten der CURATA.

Ich stimme zu, dass CURATA die Aufnahmen mit und ohne die Nennung meines Namens nutzen darf.

Wichtig: Diese Einwilligung kann jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass Ihnen irgendein Nachteil entsteht.

Für den Fall, dass ich nicht vollständig geschäftsfähig bin, ist neben meiner Einwilligung zusätzlich die Einwilligung meines gesetzlichen Vertreters erforderlich. Für den Fall, dass meine Geschäftsfähigkeit entfällt, ist ab diesem Zeitpunkt zusätzlich die Einwilligung meines gesetzlichen Vertreters erforderlich.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift Einwilligende/er

Als gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter von

willige ich in die Nutzung der Aufnahmen ein:

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter

Entbindung ärztliche Schweigepflicht

Bewohner:

Name

Vorname

Bestätigung zur Vorlage bei:

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich,

meine behandelnden Ärzte, Herrn/Frau

von der ärztlichen Schweigepflicht, damit für das

CURATA Lehnshulzenhaus Heidesee

ein ärztlicher Pflegebericht erstellt werden kann.

Weiterhin gestatte ich hiermit ausdrücklich die Weitergabe aller nötigen medizinischen Informationen an die Pflegemitarbeiter, um dauerhaft meine pflegerische Betreuung sicher zu stellen.

Datenschutzhinweise:

Die Abgabe der Schweigepflichtsentbindung ist freiwillig (Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO). Der Datenverarbeitungszweck ist Ihre medizinische Versorgung und die Erstellung eines ärztlichen Pflegeberichts. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Des Weiteren steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und das Beschwerderecht bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Betreuers

Ärztlicher Fragebogen bei Einzug

1. Stammdaten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Hausarzt Name Anschrift Telefon	

2. Diagnosen

3. Gesundheitsfragen/Anordnungen

Psychische/ gerontopsychiatrische Störungen	
Gripeschutzimpfung am	
Sonstige Impfungen	
KG/Massagen/sonstige dringliche Therapien	
Sonstige Anordnungen	
Chronische Wunden <ul style="list-style-type: none"> • Grunderkrankung • Art der Wunde • Schweregrad (Stadium) 	

4. Medikamente

Bitte einen aktuellen Medikamentenplan ausstellen und beifügen.

5. Frei von ansteckenden Krankheiten

Dieser Fragebogen gilt als Bescheinigung im Sinne des § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz dergestalt, dass diese Person frei von ansteckungsfähigen Krankheiten ist und die ärztliche Zeugnispflicht gegenüber der Heimleitung erfüllt wird.

ja nein

Stempel und Unterschrift des Arztes

Übernahme Medikamentenversorgung

Bewohner:

Name

Vorname

Die/Das

CURATA Lehnschulzenhaus Heidesee

An der Dahmebrücke 2

15754 Heidesee

ist berechtigt, die Medikamente in der von der Einrichtung gewählten Apotheke zu beschaffen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Apotheke die nicht kassenpflichtigen Leistungen sowie die Kosten im Rahmen der Zuzahlungspflicht für Medikamente mit mir oder einer von mir benannten Person direkt abrechnet.

Die Rechnungsstellung richten Sie bitte an folgende Adresse.

Der Datenweitergabe an die Apotheke wird zugestimmt.

Datenschutzhinweise:

Die Abgabe der Erklärung über die Übernahme der Medikamentenversorgung ist freiwillig (Art. 9 Abs. 2 lit. a) DS-GVO). Der Datenverarbeitungszweck ist Ihre medizinische Versorgung und die Bestellung und Abrechnung von Medikamenten. Sie können diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Des Weiteren steht Ihnen das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Datenübertragung und das Beschwerderecht bei Ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde zu.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners/Betreuers

(Platzhalter Apothekervertrag der Einrichtung)