

*„Ihr Wohl und Ihre Wünsche
liegen uns am Herzen!“*



Seniorenwohn- und Pflegeheim
Blütenstraße 14 • 84166 Adlkofen
Telefon: 08707-30 69 70

Elisabethstift

– Elisabethstift Adlkofen –
Blütenstraße 14 • 84166 Adlkofen
Telefon: 08707 / 30 69 70

Elisabethstift

Als Namenspate für unser Stift haben wir die heilige Elisabeth von Thüringen gewählt.

Als Sinnbild tätiger Nächstenliebe wird Sie in der evangelischen Kirche verehrt.



Heilige Elisabeth von Thüringen

Die Tochter des ungarischen Königs Andreas II. und der Gertrud von Andechs wurde schon als Neugeborene mit einem Sohn des einflussreichen Landgrafen Hermann von Thüringen verlobt und bereits als Vierjährige an den thüringischen Hof gebracht, um in der Familie Ihres Gemahls aufzuwachsen.

Frühzeitig fiel Elisabeth, die dem franziskanischem Frömmigkeitsideal nahe stand, durch Ihre karitativen Tätigkeiten auf.

Nach dem Tod Ihres Ehemanns kehrte Sie dem Hofleben den Rücken, um als einfache und materiell arme Spitalschwester in dem von Ihr gegründeten Marburger Hospital persönlich für Bedürftige zu sorgen. Sie widmete sich besonders der Pflege von Leprakranken, die nach den Begriffen der damaligen Zeit zu den Elendigsten der Elenden zählten und ausgegrenzt am Rand der Gesellschaft lebten.

Sie starb im Alter von 24 Jahren.

Vier Jahre nach Ihrem Tod wurde Sie von Papst Gregor IX. zu Pfingsten 1235 heilig gesprochen.

Mit der Auswahl der heiligen Elisabeth möchten wir die evangelische und katholische Kirchengemeinde einladen unser Haus in Ihre Mitte zu nehmen und die Menschen die dort wohnen und arbeiten auf Ihrem Weg zu begleiten.

Leitbild

Das Leben in einer Pflegeeinrichtung erfordert den stetigen Ausgleich zwischen den Ansprüchen der Bewohner auf Selbstbestimmung, den Erfordernissen des Heimbetriebes und den berechtigten Anliegen der Mitarbeiter. Die folgenden Leitlinien sind die Grundlagen unseres Handelns in der Pflege, Betreuung und Versorgung um die Grundbedürfnisse der Bewohner zu gewährleisten.

- Wir sehen den Menschen als Geschöpf Gottes und achten seine Würde und Einzigartigkeit.
- Pflege und Betreuung tragen den tief greifenden Veränderungen im Leben der Bewohner Rechnung. Hierbei nehmen wir im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten auf die persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnisse, die Intimsphäre sowie den Wunsch der Bewohner nach Geborgenheit und Sicherheit Rücksicht.
- Individuelle Pflege und Betreuung unter Wahrung größtmöglicher Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und persönlicher Freiheit sind die Grundlagen unseres Handelns um die pflegebedürftigen Menschen in ihrer besonderen Lebenssituation zu unterstützen.
- Ziel unseres Handelns ist es geistige, körperliche und soziale Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern um dem Bewohner ein selbstbestimmtes Leben unter Berücksichtigung seiner Ressourcen zu ermöglichen.
- Wir begleiten den Bewohner würdevoll bis zu seinem Lebensende, wir nehmen seine religiösen Bedürfnisse und Wünsche wahr und sorgen für deren Erfüllung.
- Pflege, Betreuung und Versorgung werden von fachlich qualifiziertem Personal erbracht, wobei die Zusammenarbeit mit Ärzten, anderen Fachbereichen und Organisationen für uns selbstverständlich ist.
- Die Bewohner werden auf Wunsch in ihren Anliegen und Fragen vom Heimfürsprecher vertreten und unterstützt.
- Wir legen Wert auf eine partnerschaftliche und informative Angehörigenarbeit, die von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägt ist.

Vorvertragliche Information

I. Die Einrichtung

1. Das Seniorenwohn- und Pflegezentrum Elisabethstift steht unter der Trägerschaft des Diakonischen Werkes Landshut e.V. und ist dem Diakonischen Werk der Evangelisch- Lutherischen Kirche in Bayern angeschlossen. Die moderne Wohnanlage wurde 2010 gebaut und gliedert sich in zwei Etagen, die in zwei Wohnbereiche mit jeweils 23 und 24 Bewohnern aufgeteilt sind. Im Erdgeschoß ist ein offener Gerontobereich (15 Plätze), mit Zugang zum geschützten Garten. Die Einrichtung ist mit folgenden Anlagen ausgestattet:

- einer großen Grünanlage, die mit Bänken zum Ausruhen und Verweilen einlädt
- einem großen Garten/Innenhof mit Sitzgelegenheiten
- eine Terrasse im Obergeschoss
- einem großen Speisesaal/Aufenthaltsraum in dem auch Veranstaltungen stattfinden wie z.B. monatliche Feste, Geburtstagsfeier, Gesellschaftsspiele usw.
- einem großen Aufenthaltsraum/Speisesaal auf jedem Wohnbereich
- einem Therapie- und Beschäftigungsraum
- einem Andachtsraum
- einem Fahrstuhl für Bewohner und Angehörige

Alle Räume und Anlagen mit Ausnahme der Wirtschafts- und Personalräume stehen allen Bewohnern und deren Besuchern zur Nutzung offen.

Die Seniorenwohnanlage Elisabethstift liegt im Zentrum der Gemeinde Adlkofen bei Landshut. Eine Bushaltestelle, mit Anbindung zu allen wichtigen Anfahrtpunkten, z.B. zum Stadtzentrum Landshut, liegt in unmittelbarer Nähe. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, Banken, befinden sich nur wenige Gehminuten entfernt.

Das Seniorenheim verfügt über ausreichende Parkmöglichkeiten.

2. Ausführliche Informationen über das Elisabethstift finden Sie auf unserer Internetseite: www.diakonie-landshut.de

3. Die Ergebnisse der letzten Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) können Sie gerne einsehen. Bitte sprechen Sie uns an.

II. Unser Leistungsangebot

1. Wohnen

Die Doppelzimmer verfügen über eine Größe von ca. 21,78 qm und die Einzelzimmer haben ca. 17,34 qm. Die Zimmer haben folgende Innenausstattung:

- Pflegebett
- Kleiderschrank
- Nachttisch
- 1 Tisch und 2 Stühle
- Gardinen
- Telefonanschluss, Kabelanschluss
- Hausnotrufanlage
- Nachtlampe
- Bad mit Dusche / WC

Sie können weitere eigene Möbel und andere Einrichtungsgegenstände für Ihren Privatbereich mitbringen. In welchem Umfang dies im Einzelnen möglich ist, besprechen Sie bitte vorher mit unserer Verwaltung.

2. Verpflegung

Aufgabe unseres Caterers der Küche ist, Mahlzeiten nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu bereiten und so zu präsentieren und zu servieren, dass Sie in einer kultivierten Atmosphäre Ihre Mahlzeiten einnehmen können. Bei Behinderung und Krankheit wird auf besondere Bedürfnisse Rücksicht genommen und Ihren Fähigkeiten und Gewohnheiten Rechnung getragen.

Wir bieten folgende im Entgelt enthaltene Mahlzeiten an:

- | | |
|--|-------------------|
| ▪ Frühstück | 8:00 – 10:00 Uhr |
| ▪ Mittagessen (zwei Gerichte zur Wahl) | 11:30 – 13:00 Uhr |
| ▪ Kaffee und Kuchen | 15:00 – 16:00 Uhr |
| ▪ Abendessen mit Wahlkomponenten | 17:45 – 19:00 Uhr |
| ▪ Zwischenmahlzeit | |

Getränke (Wasser, Kaffee, Tee, Saft) zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs sind jederzeit erhältlich.

Bei Bedarf werden leichte Vollkost oder Diäten nach ärztlicher Verordnung besonders für Sie zubereitet.

Gäste von Bewohner/-innen sind bei rechtzeitiger Anmeldung zu allen Mahlzeiten willkommen.

3. Pflege

Die Leistungen der allgemeinen Pflege werden nach dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht. Unser Pflegekonzept sieht vor, dass Selbstbestimmung, Stärkung der Eigenverantwortung und Förderung der noch möglichen Fähigkeiten unserer Bewohner/-innen das Zentrum unseres Handelns bilden.

Die Planung der Pflege erfolgt möglichst mit Ihnen gemeinsam oder einer Person Ihres Vertrauens. Umfang und Inhalt der Pflege ergeben sich aus der jeweiligen Zuordnung zu einem Pflegegrad.

Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen Ihrem veränderten Bedarf an. Führt ein veränderter Pflegebedarf dazu, dass für Sie ein anderer Pflegegrad zutrifft, werden wir, mit Ihrem Einverständnis, Ihre Pflegekasse informieren. Über die Stufe der Pflegebedürftigkeit entscheidet die Pflegekasse entsprechend der Empfehlung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Es kann vorkommen, dass bei Änderungen Ihres Pflegebedarfs die Pflege- und Betreuung in der Einrichtung nicht fortgesetzt werden. Die Einrichtung kann aufgrund ihres Leistungsangebotes, Bauweise und Vereinbarung in LQM die Pflege dann nicht mehr erbringen, wenn der Pflegebedarf sich soweit verändert, dass Weglauftendenz vorliegt, da wir keine beschützende Einrichtung sind oder dauerhaft beatmete Menschen, da wir keine 24h Stunden Intensivpflege anbieten können; ebenso bei sehbehinderten und blinden Personen, da das Heim nicht über die technischen und baulichen Voraussetzungen verfügt.

Die Einrichtung ist in diesem Fall berechtigt, den Vertrag auch ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.

Bei einem Einzug sind Ihre Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehwagen, Toilettenstuhl, Gehhilfen etc.), Ihre Medikamente sowie Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Falls Hilfsmittel noch beantragt werden müssen, beraten wir Sie gerne.

4. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Wir erbringen auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt erbracht werden. Diese Leistungen werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Bei dauerhaftem besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht auf diese ein Anspruch nur gegenüber der Krankenversicherung, § 37 Abs. 2 S. 3 SGB V.

Die Versorgung mit den notwendigen Medikamenten erfolgt durch örtliche Apotheken - bei freier Apothekenwahl. Durch Kooperation mit einer Apotheke können wir Ihnen einen erweiterten kostenfreien Apothekenservice (Frei-Haus-Lieferung der Medikamente) anbieten. Wir übernehmen auf Ihren Wunsch die Bestellung sowie die Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente.

Die freie Arztwahl wird garantiert. Wir sind Ihnen aber auf Wunsch gerne bei der Vermittlung ärztlicher Hilfe behilflich.

5. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 43 b SGB XI)

Pflegebedürftige mit Pflegegrad 1 - 5 erhalten zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch qualifizierte Mitarbeiter. Für diese Leistung muss kein Antrag gestellt werden. Die Kosten werden zu 100% von der Pflegekasse getragen.

6. Leistungen der Sozialen Betreuung

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben Ihnen die notwendigen Hilfen bei der Gestaltung Ihres Lebensraums und bei der Orientierung in Ihrem neuen Zuhause. Sie tragen auch Sorge, dass Sie Gelegenheit haben, an kulturellen, religiösen und sozialen Angeboten teilzunehmen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen Ihnen, Ihren Angehörigen und anderen Vertrauenspersonen für Einzelgespräche und Beratung zur Verfügung. Die Beratungsinhalte unterliegen der Schweigepflicht, wenn Sie die Mitarbeiter nicht von der Schweigepflicht entbinden.

Wir bieten spezielle Freizeitangebote und kulturelle Veranstaltungen an. (siehe Anlage) Sie werden an der Programmgestaltung beteiligt. Für die Freizeit und Kulturangebote wird in der Regel kein gesondertes Entgelt erhoben. Besonders kostenintensive Veranstaltungen können gegen Entgelt besucht werden. Die Entgelte werden bei der Ausschreibung der Veranstaltung bekannt gegeben.

7. Leistungen der Haustechnik

Die Mitarbeitenden der Haustechnik sind verantwortlich für die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit aller haus- und betriebstechnischen Anlagen der Einrichtung. Zu den Aufgaben gehört auch die Hilfestellung bei der Gestaltung und Erhaltung Ihres persönlichen Wohnraumes, falls Sie oder Ihnen nahestehende Personen dies nicht erledigen können. Hilfestellungen und Dienste beim Ein- und Auszug können wir Ihnen gerne vermitteln.

8. Leistungen der Verwaltung

Die Mitarbeitenden in der Verwaltung sind verpflichtet, Sie oder Ihre Angehörigen in Fragen der Kostenabrechnung und im Umgang mit Kassen und Behörden zu beraten.

Wir können Ihnen auch bei der Verwendung und Verwaltung Ihres Barbetrages im Rahmen unserer kostenlosen Zusatzleistungen behilflich sein. Jede Ausgabe wird dann dokumentiert, die bestimmungsgemäße Verwendung wird zentral geprüft und kann Ihnen oder Ihrem Beauftragen jederzeit belegt werden.

Falls Ihr/e Angehörige/r nicht mehr selbstständig seine / ihre Angelegenheiten (z. B. Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung etc.) regeln kann, ist vor der Aufnahme beim zuständigen Amtsgericht eine Betreuung zu beantragen – oder wenn möglich eine Vorsorgevollmacht auszustellen. Vorlagen können Sie bei unserer Verwaltung anfragen.

III. Unsere Preise

Das Heimentgelt setzt sich wie folgt zusammen:

- Pflegekosten, je nach Pflegegrad. Ein Teil wird durch das Pflegegeld von der Pflegekasse finanziert, den Rest übernimmt der Bewohner.
- Ausbildungsumlage,
- Unterkunft,
- Verpflegung und
- Investitionskosten, werden komplett vom Bewohner übernommen.

1. Leistungsentgelte

Die Entgelte werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen den öffentlichen Leistungsträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) und dem Einrichtungsträger festgelegt. Die Entgelte für Investitionsaufwendungen sind von der Regierung genehmigt. Die Entgeltbestandteile und aktuellen Entgelte sind zurzeit pro Tag:

Übersicht der Heimentgelte Elisabethstift Stand Januar 2023

Monatssatz = Tagessatz mal 30,42 Tage

Pflegegrade	1	2	3	4	5
Pflegekosten	43,80 €	64,58 €	80,76 €	97,62 €	105,18 €
Unterkunft	10,99 €	10,99 €	10,99 €	10,99 €	10,99 €
Verpflegung	12,31 €	12,31 €	12,31 €	12,31 €	12,31 €
Investitionskosten	18,80 €	18,80 €	18,80 €	18,80 €	18,80 €
Ausbildungsumlage	2,49 €	2,49 €	2,49 €	2,49 €	2,49 €
Tagessatz neu	88,39 €	109,17 €	125,35 €	142,21 €	149,77 €
Monatssatz	2.688,82 €	3.320,95 €	3.813,16 €	4.326,04 €	4.556,01 €
Erstattung Pflegekasse	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil	1.207,40 €	1.194,52 €	1.194,72 €	1.194,60 €	1.194,58 €
Eigenanteil aus Unterk., Verpfl., Invest., Ausb.-Umlage	1.356,44 €	1.356,44 €	1.356,44 €	1.356,44 €	1.356,44 €
Eigenanteil DZ	2.563,83 €	2.550,95 €	2.551,16 €	2.551,04 €	2.551,01 €
Eigenanteil EZ Zuschlag tägl. 2,-€	2.624,67 €	2.611,79 €	2.612,00 €	2.611,88 €	2.611,85 €

Ab 01.01.2022 gewähren die Pflegekassen ab Pflegegrad 2 einen monatlichen Leistungszuschlag. Gestaffelt nach der Dauer des vollstationären Heimaufenthalts, beträgt dieser

- im 1. Jahr 5 %
- im 2. Jahr 25 %,
- im 3. Jahr 45 %
- und ab dem 4. Jahr 70 %

des pflegebedingten Eigenanteils (inkl. Ausbildungsumlage). Dieser Betrag wird den Bewohnern von den mtl. Eigenleistungen abgezogen und von den Pflegekassen zusätzlich zum Pflegegeld übernommen.

Voraussetzung für die Leistungen der Pflegekasse ab dem 01. Juli 1996

- Stellen Sie - vor dem Einzug ins Altenpflegeheim - bei ihrer Pflegekasse den Antrag auf Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Sollten Sie mit der Zuordnung eines Pflegegrades durch die Pflegekassen nicht einverstanden sein, könnten sie Widerspruch einlegen. Wir empfehlen Ihnen in jedem Fall, vor diesem Schritt Kontakt mit der Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung aufzunehmen.
- Unser Altenpflegeheim ist zugelassen und hat einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen.

Wenn Ihr Einkommen nicht ausreicht

um nach Abzug der Pflegeversicherungsleistung die Heimkosten zu bezahlen:

- Stellen Sie vor der Heimaufnahme beim Bezirk Sozialhilfeverwaltung, einen Antrag auf erweiterte Hilfe nach § 29 BSGHG (Antrag auf Übernahme der restlichen Heimkosten). Legen Sie der Sozialhilfeverwaltung den Einstufungsbescheid Ihrer Pflegekasse und die Rentenbescheide vor. Vor Ihrem Einzug in das Heim muss die Sozialhilfeverwaltung der Kostenübernahme schriftlich oder telefonisch zustimmen.
- Das Heimentgelt wird in diesem Fall folgendermaßen finanziert:
Heimentgelt = Leistung der Pflegekasse + Einkommen des Bewohners + Restfinanzierung durch das Sozialamt

Kurzzeitpflege

- Im Rahmen der Kurzzeitpflege mit sogenannten eingestreuten Plätzen können Sie Ihre Angehörigen bei uns unterbringen. Der Eigenanteil beträgt täglich 44,10 Euro in einem Einzelzimmer, bzw. 42,10 EUR in einem Doppelzimmer. Die Pflegekosten der entsprechenden Einstufung rechnen wir mit den Pflegekassen direkt ab. Dafür steht ein Budget in Höhe von 1774,- Euro zur Verfügung.
- Bitte stellen Sie den Antrag auf Kurzzeitpflege **vor Aufenthaltsbeginn** bei der Pflegekasse.
- Bringen Sie bitte alle Medikamente und ggf. Inkontinenzeinlagen mit. Die medizinische Versorgung muss mit dem Hausarzt abgeklärt sein.

2. Entgelterhöhungen

Preisänderungen lassen sich leider nicht ausschließen. Zu einer Änderung kann es dann kommen, wenn Ihr individueller Betreuungs- und Pflegebedarf sich so verändert, dass Ihre Pflegekasse für Sie einen niedrigeren oder höheren Pflegegrad feststellt und wir Sie rechtzeitig über diese Möglichkeit informiert haben.

Daneben gibt es noch die „allgemeine“ Preiserhöhung. Die oben aufgeführten Entgelte werden immer für einen bestimmten Zeitraum zwischen dem Einrichtungsträger, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern vereinbart. Nach Ablauf dieses Zeitraums können die Sätze neu verhandelt werden. Sind unsere Einkaufspreise oder die Personalkosten nachweislich gestiegen oder ist eine Steigerung absehbar, können unsere Verhandlungspartner einer Erhöhung der Entgelte zustimmen.

Das Entgelt für Investitionsaufwendungen kann angehoben werden, wenn Investitionen betriebsnotwendig und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind und das erhöhte Entgelt sowie die Erhöhung für sich genommen angemessen sind. Eine beabsichtigte Erhöhung muss Ihnen vier Wochen vorher schriftlich angekündigt und begründet werden. Sie erhalten Gelegenheit, die Angaben zur Erhöhung zu überprüfen.

Sie haben weitere Fragen? Wir sind gerne für Sie da:

Telefon: 08707 – 30 69 7-0 oder

Mail: est@diakonie-landshut.de

Gerne begrüßen wir Sie im Elisabethstift und verbleiben bis dahin

mit freundlichen Grüßen



Theresa Soller
Einrichtungsleitung

Unsere Betreuungsangebote

- Feste und Feiern nach jahreszeitlichen und persönlichen Traditionen
- Anregende Aktivitäten
 - ~ Gymnastik
 - ~ Singkreis - Musik erleben
 - ~ Zeitungsrunde - vorlesen von Zeitung, Bücher, Geschichten
 - ~ Gedächtnistraining
 - ~ Gesellschaftsspiele (Kegeln, Mensch ärgere Dich nicht, ...)
 - ~ Kreative Beschäftigung / Angebot
 - ~ Kochen und Backen
 - ~ Hundebesuchsdienst
- Entspannende Aktivitäten
 - ~ Wohlfühlbad
 - ~ Reiki Anwendungen
 - ~ Vorlesen von Geschichten, Märchen und Gedichten
 - ~ Basale Stimulation - Körperwahrnehmung fördern
 - ~ Aufenthalt im Freien (Gartenarbeit, ...)
- Ehrenamtlicher Besuchsdienst
- Regelmäßiger katholischer und evangelischer Gottesdienst
- Zusammenarbeit mit Hospizverein Landshut und Vilsbiburg
- Veranstaltung für Angehörige / Angehörigenabende

Wir bieten folgenden kostenfreien Service an

- Täglich frische Backwaren
- Menüwahl und Diätkost
-
- Wäscheversorgung
- Freie Arztwahl
- Hausbesuche von Fachärzten und Organisation von Arztterminen
- Ärztlich verordnete Krankengymnastik und Reha-Sport im Haus möglich
- Frei Haus Lieferung der Medikamente durch die Apotheke und Abrechnung mit dieser
- Verwaltung von Verwahrgeld
- Mithilfe bei der Gestaltung Ihres Zimmers
- Betreuungsangebote (siehe separate Auflistung)

Service gegen Entgelt

- Besuche unserer Friseurin auf den Wohnbereichen
- Monatliche Besuche unserer Fußpflegerin auf den Wohnbereichen
- Telefonanschluss auf dem Zimmer

- Elisabethstift Adlkofen -

Blütenstraße 14 • 84166 Adlkofen

Telefon: 08707 / 30 69 70

Erforderliche Sachen zum Einzug

Mit dem Einzug in unser Haus und der damit verbundenen räumlichen Veränderung müssen sie sich leider von vielen Sachen trennen. Gerne können die Zimmer mit eigenen Möbeln (Sideboard, Tisch, Sofa usw.) und Bilder wohnlich gestaltet werden. Im Doppelzimmer ist dies leider nur begrenzt möglich. In diesem Fall beraten wir Sie gerne.

Kleidung

Die mitgebrachte Kleidung muss Waschmaschinen und Trockner geeignet sein. Wählen Sie bequeme Kleidung in der Sie sich wohlfühlen. Nachfolgend haben wir eine kleine Liste als Hilfestellung zusammengestellt:

Hosen mit Gummizug

Pullis/Strickjacken

Unterwäsche

Strumpfhosen

Kleider/Röcke

Jacke/Mantel (Sommer/Winter)

Nachthemden/Morgenmantel

Socken/Kniestrümpfe

Geschlossene Hausschuhe
(Reißverschluss/Klettverschluss)

Straßenschuhe (Sommer/Winter)

Bitte denken Sie daran, dass die saubere Wäsche oft erst in 2 Wochen aus der Wäscherei zurückkommt. Z.B. Unterwäsche usw. sollte ausreichend vorhanden sein. Bett- und Frotteewäsche wird vom Haus gestellt, aus organisatorisch-technischen Gründen ist es leider nicht möglich private Bett- und Frotteewäsche zu waschen.

Hygieneartikel

Diese Artikel müssen Sie, oder Ihre Angehörigen, für Ihren Aufenthalt selbst besorgen. Nehmen Sie auch da mit was Sie immer benötigen, wie z.B.:

Zahnbürste, Zahnpasta, Mundwasser

Für Gebissträger zusätzlich: Zahnprothesedose, Reinigungstabletten, ggf. Haftcreme

Haarshampoo, Kamm/Haarbürste

Nagelfeile und -Schere, Nagelbürste

Duschgel, Badezusatz, Deo, Waschlotion, (Bitte achten Sie auf ph-neutrale Produkte).

Handcreme, Gesichtscreme, Körperlotion

Rasierapparat, Rasierwasser o. -Lotion

Persönliche Kosmetika (z.B. Parfüm)

Kulturbbeutel und kleine Reisetasche für einen Krankenhausaufenthalt

Aufnahmeantrag

Pflege: Vollstationär Kurzzeitpflege

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname:

Geburtsname: Familienstand:

Adresse:

Telefon: Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Konfession: Kath. Evang.

Wünschen Sie eine besondere konfessionelle Betreuung?
(z.B. Krankensalbung usw.) Ja Nein

Nennen Sie uns bitte zwei Angehörige / Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

1. Name, Vorname: Beziehung:

Adresse:

Festnetz: Handy:

2. Name, Vorname: Beziehung:

Adresse:

Festnetz: Handy:

Betreuer: gesetzl.

Post: Bewohner Angehörige/Betreuer Schwesternzimmer
Rechnung/Korrespondenz an _____

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ, Ort: _____

Vorname: _____ Telefon: _____

Straße, Nr.: _____ Telefax: _____

Ärztliches Attest: liegt bei wird nachgereicht

Inkontinenz- Dauerverordnung: liegt bei wird nachgereicht

Bei einem Aufenthalt in unserer Einrichtung muss sicher gestellt sein, dass Ihr Arzt auch Hausbesuche durchführt. Bitte klären Sie das vorab.

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

KK/PK : _____ Mitglieds-Nr.: _____

Straße, Nr.: _____ privat versichert:

PLZ, Ort: _____ pflichtversichert:

Telefon: _____ Beihilfe:

Med. Zuzahlungsbefreiung Ja Nein

Erhalten Sie Pflegegeld Nein Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt am: _____

Aufnahme:

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

Gewünschter Termin zur Aufnahme: vorsorglich zum

Kostenträger der Eigenleistung: Selbstzahler Sozialhilfe

Sonstige Hinweise _____

Mit der Erhebung, Verarbeitung, Speicherung und Nutzung der Daten bin ich einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

- Elisabethstift Adlkofen -
Blütenstraße 14 • 84166 Adlkofen
Telefon: 08707 / 30 69 70

ÄRZTLICHE BEURTEILUNG
Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

1. Persönliche Angaben:			
Vor- und Zuname: _____		Geburtsdatum: _____	
Straße: _____		Postleitzahl: _____ Ort: _____	
2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:			
<input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich	<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Lungen Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Dauerausscheider
<input type="checkbox"/> Allergie gegen:.....	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Parkinson	
3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:			
Lähmungen:	Versteifungen	Versteifungen:	Amputationen:
re li	re li	re li	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"/> Knie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Finger <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"/> Fuß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <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"/>	Amputationen	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <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"/> Arm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Orientierungsvermögen und Verhalten:			
Orientierungsvermögen:	Verhalten:		Gemütsstimmung:
da zw	da zw		da zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neigung z . Weglaufen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demenz <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"/> Selbstgefährdung <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"/> gemeingefährlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bössartig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Suizidgefahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5. Behinderungen und Störungen:			
Geistige Behinderung, Art: _____		Sinnesbehinderung:	
Körperliche Behinderung, Art: _____		<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> erblindet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Eingeschränkt. Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/> ertaubt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Suchtabhängigkeit:			
<input type="checkbox"/> Alkohol		<input type="checkbox"/> Medikamente:	
7. An Hilfsmitteln werden benutzt:			
<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Krankenfahrrstuhl	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
8. Fremde Hilfe ist nötig beim:			
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Fahren im Krankenfahrrstuhl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/>
9. Letzte stationäre Behandlung:			
<input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus, psychische Abteilung:		
Datum: _____	Ort: _____	Grund: _____	
10. Diagnosen:			
11. Medikamentöse Therapie:			
12. Ernährung:			
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Zuckerdät	<input type="checkbox"/> Leichte Kost (salzarm)	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
13. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4, IfSG			
<input type="checkbox"/> Der Patienten ist frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane (gemäß IfSG § 36 Abs 4)			
14. Ergänzende Anmerkungen:			

Ort: _____ Datum: _____ Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an die obenstehende Anschrift
Zutreffendes bitte ankreuzen Abkürzungen: **da**= dauernd, **re**= rechts, **li**= links, **zw**= zeitweilig
Die Angaben werden vertraulich behandelt.