



Antrag zur Aufnahme in das Fachzentrum für Menschen mit Demenz

1. Personendaten

Zu- und Vornamen: Geburtsname:

Anschrift:

PLZ / Ort:

Telefon:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Familienstand: Konfession:

Staatsangehörigkeit: Beruf:

Diagnosen, Krankengeschichte, Besonderheiten:

.....
.....

- Anschriften der unterhaltspflichtigen Angehörigen (Kinder, Eltern)
- Ärztliche Atteste hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit
- Bescheid der Pflegekasse bezüglich der Pflegestufe
- Heimnotwendigkeitsbescheinigung des Medizinischen Dienstes
oder Schwerbehindertenausweis
- Bestellsurkunde bei gesetzlicher Betreuung oder Vollmacht bzw.
Vorsorgevollmacht



2. Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a.) Zu- und Vornamen:

Verwandtschaftsgrad:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Telefon / beruflich: EMail:

b.) Zu- und Vornamen:

Verwandtschaftsgrad:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Telefon / beruflich: EMail:

c.) Zu- und Vornamen:

Verwandtschaftsgrad:

Anschrift:

Telefon: Mobil:

Telefon / beruflich: EMail:

Bemerkungen:



3. **Amtlicher Betreuer**

Bevollmächtigter

Zu- und Vorname:

Aufgabengebiet: Generalvollmacht Aufenthaltsbestimmung

Vorsorgevollmacht Gesundheitsfürsorge

Vermögenssorge Postvollmacht

Straße, PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Telefon beruflich: Email:

**Bitte vereinbaren Sie zeitnah einen Termin
zur gesundheitlichen Versorgungsplanung.**

Frau Pohl-Catalan (Marisol.pohl@villa-rosenstein.de), Heimleiterin, berät Sie in allen anstehenden Fragen der Patientenverfügung, palliative-medizinischen-/ pflegerischen und psychosozialen Begleitung und Versorgung.

Frau Pohl-Catalan ist **Beraterin der gesundheitlichen Versorgungsphase für die letzte Lebensphase gem. § 132g SGB, V.**

Bitte vereinbaren Sie – **innerhalb zwei Wochen nach Aufnahme** – ein Beratungsgespräch.

Datum: Unterschrift:



4. Ärzte

Eine ärztliche Betreuung durch einen Hausarzt vor Ort muss gewährleistet sein und ist Voraussetzung für die Heimaufnahme. Dieser muss seitens des Antragsstellers gestellt werden, da sonst **keine Aufnahme** in unserem Hause erfolgen kann!

Hausarzt:

Zu- und Vorname: Telefon:

Anschrift:

a) Facharzt:

Zu- und Vorname: Telefon:

Anschrift:

b) Facharzt:

Zu- und Vorname: Telefon:

Anschrift:

c) Welche Impfungen sind bisher erfolgt?

.....

d) Wurde bei der aufnehmenden Person bereits CORONA (Covid-19) diagnostiziert?

ja nein wann:

e) Wurde bei der aufnehmenden Person bereits eine CORONA-Impfung durchgeführt?

ja nein wann:



5. Krankenkasse

gesetzl. krankenversichert privat

Name, Anschrift:

Tel.: / Fax

Von Zuzahlung befreit: ja nein

6. Aufnahme Vorsorgliche Anmeldung Termin zur Aufnahme

Bei Krankenkasse / Pflegekasse beantragt:

Kurzzeitpflege von / bis: Vollstationäre Pflege

7. Kostenträger Bewohner Angehörige Sozialamt Bescheid liegt vor

8. Pflegeversicherung

Pflegegrad ist noch nicht beantragt Pflegegrad beantragt Antrag wurde abgelehnt

Bescheid liegt vor für: Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

9. Besonderer Pflegeaufwand: z.B. Bein-Prothese, bettlägrig, etc.

.....
.....
.....

Aufklärungsgespräch durchgeführt:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift (Antragstellers / Angehörige/r / Betreuer*in)



Verpflichtende- / wahrheitsgemäße Angaben für die Heimaufnahme

Ist eine ärztliche Versorgung durch einen Hausarzt gesichert? ja nein

Wurde der Hausarzt über die Heimaufnahme informiert? ja nein

Wurde Ihr Angehörige/r aus einer anderweitigen Einrichtung/Klinik entlassen? ja nein

Wann?

War Ihr Angehörige/r bereits bei einem Psychiater vorstellig? ja nein

Liegen nachfolgend genannte Unterlagen vor?

- aktueller Arztbrief ja nein

- attestierte Demenzform ja nein

- Diagnosebrief ja nein

- Medikamentenplan* ja nein

Besteht eine Hin-/Weglauftendenz? ja nein

leicht häufig nicht führbar

(falls ja, bitte Verantwortungsentbindung vorlegen, ggf. einen Unterbringungsbeschluss beim AG beantragen und einreichen).

Ist Ihr Angehörige/r insulinpflichtig? ja nein

Liegt ein Insulinplan vor? ja nein

Ist Ihr Angehörige/r Raucher ja nein

Auf was müssen wir bei Ihrem Angehörigen i.S. Gefahrenquelle achten? (Herausfordernde Verhaltensweisen, Essverhalten....)

.....
.....

Wurden alle mitgebrachten Gegenstände beschriftet ja nein

***Hinweis:**

Bitte beachten Sie, dass wir bei Neuaufnahmen ausreichend Medikamente für 2 Wochen benötigen. Medikamente müssen original verpackt bzw. verblistert eingereicht werden!

Datum:

Unterschrift:



Name:

Liebe/r Bewohner*innen, liebe Angehörige, liebe Betreuer,

ein Einzug in ein Pflegeheim ist oft ein großer Schritt und ein neuer Lebensabschnitt beginnt. Damit Sie sich so einfach wie nur möglich vorbereiten können, haben wir Ihnen eine Liste über die notwendigen Unterlagen, Dokumente und persönliche Gegenstände zusammengestellt, die Sie zu einer Heimaufnahme benötigen.

Urkunden

- Krankenversicherungskarte (Original)
- Impfbuch (Original) bzw. Impf-Nachweise
- Befreiung von der Zuzahlung / Original (falls vorhanden)
- Kopie des Pflegestufenbescheides bzw. des Antrags (ab 2016)
- Bei Kurzzeitpflege die Kostenübernahmebescheinigung der Krankenkasse
- Personalausweis (Kopie)
- Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)
- Anmeldebescheinigung der Stadt Heubach (nur bei Festaufnahme)
- Vorsorgevollmacht (Original zur Einsicht)
- Bei beschützender Unterbringung Beschluss des Vormundschaftsgerichtes bzw. der Antragsstellung (Kopie) oder Patientenverfügung (falls vorhanden).



Brillen

Die mitgebrachten Brillen müssen graviert bzw. signiert sein, damit wir diese bei Verlegung durch den Bewohner wieder zuordnen können.

Bitte ergänzen Sie dies durch ein Foto der Brille.

Wäsche

Die mitgebrachte Wäsche muss waschmaschinengeeignet sein.

Die Kennzeichnung der Wäsche mit dem Namen wird vom Haus übernommen.

(Kosten für die Etiketten einmalig 95 Euro).

Die Villa Rosenstein übernimmt keinerlei Haftung für den Verlust oder entstandene Schäden an der Wäsche.

Folgende Grundausstattung sollte bei einem Einzug mitgebracht werden:

Unterwäsche	
10 Garnituren	
5 Büstenhalter	
Nachtwäsche	
5 Nachthemden - oder -	
Schlafanzüge	
Persönliche Kosmetikartikel	
Kamm, Bürste Gebissbecher Elektr. Zahnbürste Ersatzaufsteckbürsten	(um evtl. Ressourcen langfristig zu erhalten)
Oberbekleidung	
T-Shirts, Pullover, Röcke, Hosen (kurz/lang) etc.	Ausreichend Oberbekleidung der Jahreszeit entsprechend
1 Mantel / Jacke	
1 Schuhe / Sandalen	
1 Hausschuhe	Bitte geschlossenes Schuhwerk (waschbar)
Handschuhe, Mütze, Schal	In den Wintermonaten
Sonnenhut o.ä.	In den Sommermonaten

Biografisch relevante Kosmetika können gerne mitgebracht werden.

Standardmäßig stellen wir ph-neutrale Haus- und Waschlotionen von Dr. Schnell bereit. Diese Auflistung mit den genannten Stückzahlen und Bekleidungsstücken sind nur als Anhaltspunkte zu sehen, da die Anforderungen vom Bedarf des Einzelnen und dessen Gesundheitszustand abhängig sind.

Handtücher, Bettwäsche und Waschhandschuhe werden von der Einrichtung gestellt.



Verwahrgeldkonto

Sie haben die Möglichkeit für Ihren Angehörigen/ zu Betreuenden ein Verwahrgeldkonto zu eröffnen. Dieses wird kostenlos von uns geführt.

Da wir kein Bargeld annehmen können, bitten wir Sie für den Anfang ca.100 Euro auf folgendes Konto zu überweisen:

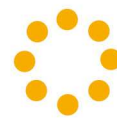
IBAN: DE96 6145 0050 1000 9241 85

BIC: OASPDE6AXXX Kreissparkasse Ostalb

Im Betreff der Überweisung unbedingt den **Vor- und Nachnamen** des Bewohners angeben, damit die Zahlungseingänge korrekt zugeordnet werden können.

Um den Kontostand zu überprüfen, erhalten Sie mit der monatlichen Abrechnung einen Kontoauszug.

Eventuell anfallende Kontoführungsgebühren der KSK müssen wir weiterberechnen.



Hausärzte

Vor dem Einzug muss geklärt werden, ob der jetzige Hausarzt Ihren Angehörigen / Betreuten im Pflegeheim versorgt. Falls er nicht ins Heim kommt, muss er den Patienten weiterhin versorgen bis ein neuer Hausarzt gefunden wird.

Folgende Ärzte kommen zu uns in die Einrichtung.

(Diese Auflistung folgt einer willkürlichen Reihenfolge und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit)

Frau Dr. med. Bessler

Ziegelwiesenstr. 5
73540 Heubach
Tel.: 07173 / 929181

Zahnärztin

Frau Dr. dent. Pohl

73540 Heubach, Hauptstraße 29
Tel.: 07173 / 13485

Herr Dr. med. Hartig

Poststraße 1
73540 Heubach
Tel.: 07173 / 4250

Hautarzt

Herr Dr. med. Spiller

73525 Schwäbisch Gmünd, Münsterplatz 10
Tel.: 07171 / 63900

Frau Dr. med. Wörz

Poststraße 1
73540 Heubach
Tel.: 07173 / 9145650

Kathederswechsel

Herr K. Budnick (Ext. Mitarbeiter)
89555 Steinheim, Schillerstraße 4
Mobil: 0172 / 7335889

Herr Dr. med. Brenner

Tauchenweilerstr. 9
73457 Essingen
Tel.: 07365 / 340

Frau Dr. med. Jerak

Bahnhofstraße 21
73563 Mögglingen
Tel. 07174 / 8059990

Die neurologische Versorgung übernimmt in unserer Einrichtung

Frau Dr. med. Scheibke

Markplatz 25
73525 Schwäbisch Gmünd
Tel.: 07171 / 68039

Persönliche Gegenstände

Natürlich müssen Sie sich bei uns im Vergleich zu Ihrer bisherigen Wohnung räumlich etwas einschränken. Trotzdem müssen Sie auf Liebgewonnenes nicht verzichten.

Mitbringen können Sie z.B. Ihren Lieblingssessel, Pflanzen, Bücher, Fotoalben, Bilder, Uhren, Fernseher, Radio usw. kleines Mobiliar je nach Zimmer und Absprache mit der Einrichtung. (Bitte beschriften Sie alle mitgebrachten Gegenstände).

Das Aufhängen von Bildern, Uhren, Regalen erfolgt kostenlos durch unseren Hausmeister. Er ist Ihnen auch beim Aufstellen von Mobiliar behilflich.



Telefonliste zur Orientierung	Durchwahl	Email-Anschrift
Zentrale	07173 / 71441 – 0	
Fax	07173 / 71441 – 10	
Geschäftsführung		
Bernd Winkler	07173 / 71441 – 24	bernd.winkler@villa-rosenstein.de
Marisol Pohl-Catalan	07173 / 71441 – 22	marisol.pohl@villa-rosenstein.de
Pflegedienstleiter		
Oliver Wachtelschneider	07173 / 71441 – 15	oliver.wachtelschneider@villa-rosenstein.de
Stv. Pflegedienstleiterin		
Aileen Pohl	07173 / 71441 – 63	aileen.pohl@villa-rosenstein.de
Praxisanleiterin		
Kerstin Schulz	07173 / 71441 – 62	praxisanleitung@villa-rosenstein.de
Personalwesen / Rechnungsmanagement		
Britta Schmitt	07173 / 71441 – 21	britta.schmitt@villa-rosenstein.de
Koordinationsmanagement / Hausbes.		
Patrizia Ganser	07173 / 71441 – 20	patrizia.ganser@villa-rosenstein.de
QM / Beschwerdemanagement / Impfbeauftragte Medizinprodukte-Sicherheitsbeauftragte		
Julia Mühleisen	07173 / 71441 – 23	julia.muehleisen@villa-rosenstein.de
Leitung Soz. Betreuung		
Carmen Fikus	07173 / 71441 – 29	sozialbetreuung@villa-rosenstein.de
Stefanie Mühleisen		
Hausdame		
Marina Podgorodezki	07173 / 71441 – 64	
Hausmeister-/ Technik		
Paul Bonin	07173 / 71441 – 16	
IT / Technik / Hausmeister 2		
Andreas Belov	07173 / 71441 – 60	andreas.belov@villa-rosenstein.de
Leitung Reinigung	07173 / 71441 – 40	
Sandra Camacho		
Küchenorganisation		
Adriana Gäbel	07173 / 71441 – 18	kuechenleitung@villa-rosenstein.de
Nachtwache	07173 / 71441 – 17	
Wohngruppen		
Hornberg	07173 / 71441 – 11	
Bärenberg	07173 / 71441 – 12	
Griesbach	07173 / 71441 – 13	
Falkenberg	07173 / 71441 – 14	
Waldeck	07173 / 71441 – 27	
Fuchsteich	07173 / 71441 – 28	



Preisliste ab 01.07.2022

Beispielsberechnung Tage Solitäre Kurzzeit - Verhinderungspflege

Grundlage: Pflegekosten und Ausbildungszuschlag

Pflegegrade	Pflege	Ausbildungs- zuschlag	Summe	Pflegekasse		maximal 8 Wochen gesamt		
1	in Pflegegrad 1 ist bei uns keine Kurzzeit- Verhinderungspflege möglich					KZP Tage	VHP Tage	
2	96,47 €	4,54 €	101,01 €	1.774,00 €	17,5626	17	17	Muss extra von
3	123,02 €	4,54 €	127,56 €	1.774,00 €	13,9072	13	13	der Kasse
4	150,29 €	4,54 €	154,83 €	1.774,00 €	11,4577	11	11	bestätigt
5	162,66 €	4,54 €	167,20 €	1.774,00 €	10,6100	10	10	werden.

Berechnungsbeispiel:

Kostenübernahme durch die Pflegekasse und Pflegewohngeldstelle bei einer Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege:

Voraussetzung für die anteilige Kostenübernahme durch die zuständige Pflegekasse bzw. Pflegewohngeldstelle ist die Einstufung in einen Pflegegrad (2-5). Liegt diese Voraussetzung vor, übernimmt die Pflegekasse pflegebedingte Kosten **bis zu 17 Tagen pro Jahr**, jedoch **höchstens 1.774 Euro**. Auch die zuständige Pflegewohngeldstelle übernimmt dann die pauschale Zahlung der Investitionskosten für ein Einzelzimmer. Im Gegensatz zur Langzeitpflege erfolgt hierbei keine Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Für Unterkunft wird zusätzlich € 24,11/Tag berechnet, für Verpflegung zusätzlich € 18,43/Tag Es gelten nicht die Sätze der Vollstationären Pflege

Liegt **mindestens ein halbes Jahr** Pflegebedürftigkeit vor, kann bei Vorliegen der **Pflegegrade 2 - 5 auf Antrag nochmals für 17 Tage jedoch höchstens für 1.774 Euro** eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden (gleiche Kostenübernahme wie bei der Kurzzeitpflege). Maximaler Anspruch im Kalenderjahr sind dementsprechend **34 Tage** Kurzzeitpflege (bei Umwandlung von Verhinderungspflege), **höchstens jedoch 3.548 Euro**. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Ausserdem wird während der Kurzzeitpflege das Pflegegeld zur Hälfte weitergewährt.

Beispielsberechnung Tage Eingestreuete Kurzzeit - Verhinderungspflege

Grundlage: Pflegekosten und Ausbildungszuschlag

Pflegegrade	Pflege	Ausbildungs- zuschlag	Summe	Pflegekasse		maximal 8 Wochen gesamt		
1	in Pflegegrad 1 ist bei uns keine Kurzzeit- Verhinderungspflege möglich					KZP Tage	VHP Tage	
2	74,37 €	4,54 €	78,91 €	1.774,00 €	22,4813	22	22	Muss extra von
3	90,54 €	4,54 €	95,08 €	1.774,00 €	18,6580	18	18	der Kasse
4	107,40 €	4,54 €	111,94 €	1.774,00 €	15,8478	15	15	bestätigt
5	114,96 €	4,54 €	119,50 €	1.774,00 €	14,8452	14	14	werden.

Berechnungsbeispiel:

Kostenübernahme durch die Pflegekasse und Pflegewohngeldstelle bei einer Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege:

Voraussetzung für die anteilige Kostenübernahme durch die zuständige Pflegekasse bzw. Pflegewohngeldstelle ist die Einstufung in einen Pflegegrad (2-5). Liegt diese Voraussetzung vor, übernimmt die Pflegekasse pflegebedingte Kosten **bis zu 22 Tagen pro Jahr**, jedoch **höchstens 1.774 Euro**. Auch die zuständige Pflegewohngeldstelle übernimmt dann die pauschale Zahlung der Investitionskosten für ein Einzelzimmer. Im Gegensatz zur Langzeitpflege erfolgt hierbei keine Überprüfung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse.

Für Unterkunft wird zusätzlich € 17,49/Tag berechnet, für Verpflegung zusätzlich € 13,37/Tag Es gelten also die Sätze der Vollstationären Pflege

Liegt **mindestens ein halbes Jahr** Pflegebedürftigkeit vor, kann bei Vorliegen der **Pflegegrade 2 - 5 auf Antrag nochmals für 22 Tage jedoch höchstens für 1.774 Euro** eine Verhinderungspflege in Anspruch genommen werden (gleiche Kostenübernahme wie bei der Kurzzeitpflege). Maximaler Anspruch im Kalenderjahr sind dementsprechend **44 Tage** Kurzzeitpflege (bei Umwandlung von Verhinderungspflege), **höchstens jedoch 3.548 Euro**. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege angerechnet.

Ausserdem wird während der Kurzzeitpflege das Pflegegeld zur Hälfte weitergewährt.

Vollstationäre Pflege:

Einzelzimmer Bestandszimmer						Gesamt	Anteil	Anteil	
Pflegegrade	Pflege	Ausbildungs- betrag	U	VP	Investitions- kosten	tätlich gesamt	x 30,42 = monatlich	Pflegekasse	Bewohner
1	59,75 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	32,70 €	127,85 €	3.889,20 €	125,00 €	3.764,20 €
2	74,37 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	32,70 €	142,47 €	4.333,94 €	770,00 €	3.563,94 €
3	90,54 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	32,70 €	158,64 €	4.825,83 €	1.262,00 €	3.563,83 €
4	107,40 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	32,70 €	175,50 €	5.338,71 €	1.775,00 €	3.563,71 €
5	114,96 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	32,70 €	183,06 €	5.568,69 €	2.005,00 €	3.563,69 €

Legende: U = Unterkunft VP = Verpflegung Pflegegrade 1: Anteil Pflegekasse = Entlastungsbeitrag erstellt 03.06.2022

Einzelzimmer Neubau/Anbau						Gesamt	Anteil	Anteil	
Pflegegrade	Pflege	Ausbildungs- betrag	U	VP	Investitions- kosten	tätlich gesamt	x 30,42 = monatlich	Pflegekasse	Bewohner
1	59,75 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	35,90 €	131,05 €	3.986,54 €	125,00 €	3.861,54 €
2	74,37 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	35,90 €	145,67 €	4.431,28 €	770,00 €	3.661,28 €
3	90,54 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	35,90 €	161,84 €	4.923,17 €	1.262,00 €	3.661,17 €
4	107,40 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	35,90 €	178,70 €	5.436,05 €	1.775,00 €	3.661,05 €
5	114,96 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	35,90 €	186,26 €	5.666,03 €	2.005,00 €	3.661,03 €

Legende: U = Unterkunft VP = Verpflegung Pflegegrade 1: Anteil Pflegekasse = Entlastungsbeitrag erstellt 03.06.2022

Doppelzimmer						Gesamt	Anteil	Anteil	
Pflegegrade	Pflege	Ausbildungs- betrag	U	VP	Investitions- kosten	tätlich gesamt	x 30,42 = monatlich	Pflegekasse	Bewohner
1	59,75 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	25,90 €	121,05 €	3.682,34 €	125,00 €	3.557,34 €
2	74,37 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	25,90 €	135,67 €	4.127,08 €	770,00 €	3.357,08 €
3	90,54 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	25,90 €	151,84 €	4.618,97 €	1.262,00 €	3.356,97 €
4	107,40 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	25,90 €	168,70 €	5.131,85 €	1.775,00 €	3.356,85 €
5	114,96 €	4,54 €	17,49 €	13,37 €	25,90 €	176,26 €	5.361,83 €	2.005,00 €	3.356,83 €

Legende: U = Unterkunft VP = Verpflegung Pflegegrade 1: Anteil Pflegekasse = Entlastungsbeitrag erstellt 03.06.2022

Ab dem 01.01.2022 erhalten Bewohner*Innen in der vollstationären Pflege ab **Pflegegrad 2** einen prozentualen Leistungszuschlag zu ihrem pflegebedingten Eigenanteil, gestaffelt nach der Dauer des bisherigen Aufenthalts in einer vollstationären Einrichtung.
Die Höhe des Zuschusses errechnet sich anhand folgender Zuordnungsregelung:

Verweildauer im Heim	Leistungszuschlag (übernimmt Kasse)	Euro
0-12 Monate	5%	81,51 € pro Monat
ab dem 13. Monat bis 24. Monat	25%	407,57 € pro Monat
ab dem 25. Monat bis 36. Monat	45%	733,63 € pro Monat
ab dem 37. Monat	70%	1.141,20 € pro Monat

Basis: € 1.630,29 EEE



Informationen zur Datenverarbeitung gemäß Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht.

1. Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

Verantwortliche Stelle für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist

Villa Rosenstein GmbH & Co. KG
Fachzentrum für Menschen mit Demenz
Alte Steige 26
Telefon: 07173 71441-0....
73540 Heubach
E-Mail-Adresse: anfrage@villa-rosenstein.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter

Villa Rosenstein GmbH & Co. KG
Herr Michael Giovane
Alte Steige 26
73540 Heubach
Telefon:07173 71441-0
E-Mail-Adresse: datenschutzbeauftragter@villa-rosenstein.de

2. Zu welchen Zwecken und auf welcher Rechtsgrundlage verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir im Rahmen unserer Vertragsbeziehung von unseren Bewohnern bzw. deren Vertretungsberechtigten erhalten. Darüber hinaus verarbeiten wir, soweit dies für die Durchführung des Vertrages über stationäre Pflege erforderlich ist, personenbezogene Daten, die wir von Dritten wie Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, Ärzten und Therapeuten zulässigerweise erhalten haben.

Im Rahmen allgemeiner Anfragen (z.B. zu unseren Leistungen, freien Kapazitäten u.ä.) verarbeiten wir die uns von Ihnen angegebenen Kontaktdaten wie Name, Adresse, Telefon oder E-Mail-Adresse zur Beantwortung Ihrer Anfrage. Wenn Sie einen Vertrag über Ihre pflegerische Versorgung mit uns schließen möchten, können relevante personenbezogene Daten Name, Adresse, andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum, Angaben zu Geschäftsfähigkeit und Vertretungsbefugnissen, Pflegegrad und für die Aufnahme in die Einrichtung besonders relevante gesundheitliche Einschränkungen sein. Wir benötigen diese Daten insbesondere zur Prüfung, ob eine fachgerechte Versorgung in unserem Hause möglich ist. Ohne diese Daten können wir in der Regel keinen Vertrag mit Ihnen schließen. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt auf Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Buchst. b DSGVO für die Vertragserfüllung oder zur Durchführung der auf Ihre Anfrage hin erfolgten vorvertraglichen Maßnahmen und, soweit gesundheitsbezogene Daten betroffen sind, des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. b BDSG zum Zwecke der Versorgung und Behandlung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Bei Abschluss des Vertrages über die stationäre Pflege werden darüber hinaus weitere personenbezogene Daten, insbesondere Gesundheitsdaten verarbeitet. Dazu zählen Pflegeanamnese



einschließlich der gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und pflegerelevanter Biografiedaten, Ihre Wünsche und Bedürfnisse hinsichtlich

der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung, Diagnosen und Befunde, die Sie uns zur Verfügung stellen oder die wir mit Ihrer Einwilligung auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO von Ihren behandelnden Ärzten oder Therapeuten erhalten (z.B. in Arztberichten). Diese Daten und die auf dieser Grundlage erforderlichen und durchgeführten Leistungen werden im laufenden Pflegeprozess in einer fortlaufend zu aktualisierenden Pflegedokumentation niedergelegt; zur Führung der Pflegedokumentation sind wir u.a. nach landesheimrechtlichen und rahmenvertraglichen Regelungen nach dem SGB XI verpflichtet. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. b BDSG und nur, soweit sie zur Versorgung und Behandlung im Gesundheits- und Sozialbereich erforderlich ist.

Es besteht keine gesetzliche Pflicht für die Bereitstellung Ihrer Daten an uns. Die Erhebung und weitere Verarbeitung dieser Daten ist jedoch Voraussetzung für die Erfüllung unserer Leistungsverpflichtungen aus dem Vertrag über stationäre Pflege nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann eine dementsprechend sorgfältige Versorgung nur entsprechend eingeschränkt sichergestellt werden.

3. An wen werden meine personenbezogenen Daten gegebenenfalls übermittelt?

Innerhalb unserer Einrichtung erhalten nur diejenigen zur Verschwiegenheit verpflichteten Mitarbeiter und Stellen Zugriff auf Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten und zur Durchführung des Vertrages einschließlich der Abrechnung brauchen. Zu diesen von uns konkret festgelegten Zwecken erhalten auch von uns eingesetzte Dienstleister und Erfüllungsgehilfen (IT-Dienstleister und Dienstleister, die für uns die Erstellung und Versendung der Rechnungen übernehmen) personenbezogene Daten; auch diese Dienstleister und Erfüllungsgehilfen unterliegen der gesetzlichen Geheimhaltungsverpflichtung i.S.d. § 203 StGB. Gleiches gilt für unseren Steuerberater, an den wir die für die ordnungsgemäße Buchführung erforderlichen Daten auf der Grundlage des Artikel 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Ziff. 1 Buchst. b BDSG übermitteln. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Unter diesen Voraussetzungen können Empfänger personenbezogener Daten insbesondere sein:

- vertretungsberechtigte Personen, wie z.B. Bevollmächtigte und Betreuer
- nicht vertretungsberechtigte Angehörige bzw. Bezugspersonen
- Seelsorger
- behandelnde Ärzte und Therapeuten
- Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung
- ambulanter Pflegedienst bei Übergang in die Häuslichkeit oder andere stationäre Einrichtung bei Umzug
- Apotheke, Sanitätshaus
- sonstige Dienstleister, die auf Wunsch des Pflegebedürftigen eingeschaltet werden (z.B. Podologe, Heilpraktiker)
- Pflegekasse, Krankenkasse, private Kranken-/Pflegeversicherung, Beihilfestelle, Heilfürsorge, Sozialhilfeträger
- Abrechnungsstelle der Pflege-/Krankenkassen, ggf. private Kranken-/Pflegeversicherung bei Direktabrechnungsbefugnis
- von der Einrichtung beauftragtes externes Abrechnungsunternehmen



- Prüfinstitutionen der gesetzlichen oder ggf. privaten Kranken-/Pflegeversicherung (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. oder andere von ihnen bestellte Sachverständige)
- Heimaufsichtsbehörde,
- Gesundheitsamt
- Meldebehörde, sofern Sie einer Meldepflicht nicht persönlich nachkommen können (im Falle vollstationärer Dauerpflege)

Die Übermittlung von Daten an vertretungsberechtigte Personen erfolgt auf der Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Buchst. b und, soweit Gesundheitsdaten betroffen sind, des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO. Die Übermittlung von Daten an die Abrechnungsstellen der Kranken- und Pflegekasse sowie an das von der Einrichtung beauftragte externe Abrechnungsunternehmen, soweit sie für die Abrechnung gegenüber den gesetzlichen Kassen erforderlich ist, erfolgt auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. h DSGVO i.V.m. § 105 Abs. 2 S. 5 SGB XI und § 302 Absatz 2 Satz 2 und 3 SGB V. Die Übermittlung an Prüfinstitutionen der gesetzlichen oder privaten Kranken-/Pflegeversicherung, die Heimaufsichtsbehörde, die Meldebehörde sowie das Gesundheitsamt erfolgt zur Erfüllung unserer gesetzlichen Verpflichtungen auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. g und i DSGVO aus Gründen des öffentlichen Interesses bzw. zur Gewährleistung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards bei der Gesundheitsversorgung. Im Einzelfall kann eine Verarbeitung auch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. f erforderlich sein und kann zu diesem Zweck eine Übermittlung Ihrer Daten an unseren Rechtsanwalt, ein Gericht o.ä. erfolgen.

Im Übrigen erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage Ihrer Einwilligung nach Artikel 6 Abs. 1 Buchst. a bzw. Artikel 9 Abs. 2 Buchst. a DSGVO. Im Ausnahmefall kann eine Übermittlung Ihrer gesundheitsbezogenen Daten auch auf der Grundlage des Artikels 9 Abs. 2 Buchst. c DSGVO ohne Ihre Einwilligung erfolgen, wenn dies zum Schutz Ihrer lebenswichtigen Interessen erforderlich ist (z.B. Notarzt, Ordnungsbehörden) und Sie aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, Ihre Einwilligung zu geben.

4. Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten im Grundsatz solange, wie dies für die Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen und die Durchführung des zwischen uns geschlossenen Vertrages erforderlich ist. Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten, die sich unter anderem aus den landesheimrechtlichen und rahmenvertraglichen Vorschriften nach dem SGB XI, dem Handelsgesetzbuch (HGB) und der Abgabenordnung (AO) ergeben. Die dort vorgesehenen Fristen zur Aufbewahrung betragen bis zu 10 Jahre über das Ende der Vertragsbeziehung hinaus. Aufgrund dieser rechtlichen Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, auf Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Buchst. c bzw. des Artikels 9 Abs. 1 Buchst. g DSGVO eine entsprechend befristete weitere Speicherung vorzunehmen.

Ferner kann aufgrund der Erhaltung von Beweismitteln im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften eine darüber hinausgehende Speicherung erforderlich sein. Nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist zwar 3 Jahre, in besonderen Ausnahmefällen, in denen bspw. Haftungsfragen offen sind, kann zur Erhaltung von Beweismitteln jedoch eine längere Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erforderlich sein (bis zu 30 Jahre, § 197 BGB). Die entsprechend befristete weitere Speicherung erfolgt auf Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Buchst. f DSGVO zur Wahrung unserer berechtigten Interessen bzw. des Artikels 9 Abs. 1 Buchst. f DSGVO zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.



5. Welche Rechte haben Sie als von der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten betroffene Person nach der DSGVO?

- Sie haben das Recht, gemäß Artikel 15 DSGVO i.V.m. § 34 BDSG von uns Auskunft über die von uns verarbeiteten, Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen. Wir stellen Ihnen in diesem Fall eine Kopie der personenbezogenen Daten, ggf. auch in elektronischem Format, zur Verfügung. Sie haben außerdem das Recht auf die im Einzelnen in Artikel 15 Abs. 1 DSGVO genannten Informationen. Die vorgenannten Rechte bestehen jedoch nicht uneingeschränkt; die Beschränkungen dieser Rechte sind insbesondere Artikel 15 Abs. 4 DSGVO und § 34 BDSG zu entnehmen.
- Sie haben das Recht auf unverzügliche Berichtigung Sie betreffender unrichtiger und Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten gemäß Artikel 16 DSGVO.
- Sie haben das Recht, nach Maßgabe des Artikels 17 DSGVO i.V.m. § 35 BDSG die unverzügliche Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen. Dieses Recht auf Löschung besteht jedoch nicht uneingeschränkt. Insbesondere kann eine Löschung nicht verlangt werden, soweit für uns eine weitere Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für die Durchführung des zwischen uns bestehenden Vertrages, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Die Voraussetzungen und Einschränkungen des Rechts auf Löschung ergeben sich im Einzelnen aus Artikel 17 DSGVO und § 35 BDSG.
- Sie haben das Recht, nach Maßgabe des Artikels 18 DSGVO die Einschränkung der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn eine der Voraussetzungen des Artikel 18 Abs. 1 DSGVO gegeben ist. In diesem Falle dürfen wir diese Daten weiterhin speichern, darüber hinaus jedoch nur unter engen Voraussetzungen verarbeiten. Die Voraussetzungen und Einschränkungen des Rechts auf Löschung ergeben sich im Einzelnen aus Artikel 18 DSGVO.
- Sie können nach Maßgabe des Artikels 20 DSGVO verlangen, diejenigen von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten, die wir aufgrund des zwischen uns bestehenden Vertrages oder Ihrer Einwilligung im automatisierten Verfahren verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten. Behinderungen der Übermittlung dieser Daten durch Sie an einen anderen Verantwortlichen sind uns verboten. Sie können darüber hinaus eine direkte Übermittlung an einen anderen Verantwortlichen durch uns verlangen, soweit dies technisch machbar ist. Die Voraussetzungen und Einschränkungen der vorgenannten Rechte im Einzelnen sind Artikel 20 DSGVO zu entnehmen.
Die von Ihnen verlangten vorstehenden Mitteilungen und Maßnahmen stellen wir Ihnen nach Maßgabe des Artikels 12 Abs. 5 DSGVO unentgeltlich zur Verfügung.
- Als betroffene Person haben Sie gemäß Artikel 77 DSGVO i.V.m. § 19 BDSG unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.
Eine uns erteilte Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jederzeit widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt und die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Information über das Widerspruchsrecht nach Artikel 21 DSGVO

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Abs. 1 Buchstabe f der DSGVO (Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen der verantwortlichen Stelle oder eines Dritten) erfolgt, Widerspruch einzulegen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung

Sehr geehrte/r Frau / Herr

Auch Ihre pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten (Name, Geburtsdatum etc.) hinaus insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Diese Daten können unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Umfang auch an Dritte (z.B. behandelnde Ärzte, Therapeuten) weitergegeben werden. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen, indem Sie die jeweilige Einwilligung ankreuzen und die Erklärung unterzeichnen. Ihre Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft von Ihnen widerrufen werden.



Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungs- erklärung

1. An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung **(bitte das Zutreffende Ankreuzen)**. In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

Ich willige ein, dass das Heim für den Fall

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens oder in die Häuslichkeit

meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter des Heims insoweit von ihrer Schweigepflicht.

Heubach, den

(Bewohner bzw. Bevollmächtigte Person)



Einwilligung zur Weitergabe von Daten aus der Pflegedokumentation

(1) Ich bin einverstanden, dass notwendige Daten aus meiner Pflegedokumentation nur zum Zwecke der Behandlung an den behandelnden Arzt widerruflich weitergegeben werden:

X Ja · Nein

(2) Ich bin einverstanden, dass notwendige Daten aus meiner Pflegedokumentation nur zum Zweck einer Einrichtungsüberprüfung und der Pflegestufenbegutachtung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung widerruflich weitergegeben werden:

X Ja · Nein

(3) Ich bin einverstanden, dass notwendige Daten aus meiner Pflegedokumentation nur zum Zwecke der Therapie des Bewohners an den behandelnden Therapeuten widerruflich weitergegeben werden:

X Ja · Nein

(4) Ich bin einverstanden, dass notwendige Daten aus meiner Pflegedokumentation nur zum Zwecke der Klärung von etwaigen Ansprüchen meiner Krankenversicherung an die Haftpflichtversicherung der Villa Rosenstein GmbH & Co. KG weitergegeben werden:

X Ja · Nein

Heubach, den

(Bewohner bzw. Bevollmächtigte Person)

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung bis hin zur Kündigung des Vertrages entstehen können.

Heubach, den

(Bewohner bzw. Bevollmächtigte Person)



Einwilligung zur Datenweitergabe zu Abrechnung

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten:

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, letzter Wohnort, Angehörige /Betreuer ggf. mit Wirkungskreisen, Aufnahmedatum, Versicherungsnummer, Auszug oder Abwesenheiten, Pflegestufe, Zimmerart, Aktenzeichen und deren Aktualisierung zum Zweck der Abrechnung an folgende Personen bzw. Institutionen widerruflich weitergegeben werden:

- zuständige Pflege- und Krankenkasse
- Träger der Sozialhilfe

Heubach, den

(Bewohner bzw. Bevollmächtigte Person)

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

Heubach, den

(Bewohner bzw. Bevollmächtigte Person)



Gesundheitsfürsorge-/ freigaben

(Dieses Formular bitte ausgefüllt einreichen)

Name des Bewohners:

Gesundheitsfürsorge

bitte zutreffendes ankreuzen

Genehmigung zur jährlichen Gripeschutzimpfung

 ja nein

Im Bedarfsfall legen einer s.c. Infusion durch
Exam. Pflegepersonal nach ärztlicher Anordnung

 ja nein

Routineversorgung durch den Zahnarzt Dr. Pohl / Heubach
(1 x jährlich)

 ja nein

Friseur

Sollen Friseurtermine im Hause wahrgenommen werden?

 ja nein

Fußpflege

Sollen Fußpflegetermine im Haus wahrgenommen werden?

 ja nein

Beachte: Bei Diabetikern muss die Behandlung durch einen Podologen, mit Rezept vom Arzt,
durchgeführt werden.

Wund-/ Fotodokumentation

Sie erklären sich damit einverstanden, dass eine Fotodokumentation von
geschädigten bzw. gefährdeten Hautbereichen geführt werden darf?

 ja nein

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen
widerrufen werden.

Therapeutisches "DU"

Wir nutzen das professionelle "DU als Methode der psychosozialen Begleitung. Ihr demenziell veränderter
Angehörige/r / Betreuer*in befindet sich gedanklich in verschiedenen Phasen seines Lebens und vermischt häufig
mit dem 'Hier' und 'Jetzt'.

Um den betroffenen Bewohner besser in seiner momentanen Erlebniswelt zu erreichen, verwenden wir das
"professionelle "DU". Es unterscheidet sich vom "privaten DU" darin, dass wir es gezielt und bewusst einsetzen
ohne die eigene professionelle Rolle zu verlassen.

Sind Sie damit einverstanden, dass wir dies anwenden?

 ja nein

Name Bevollmächtigter:

Datum / Unterschrift:



Unterstützung bei der Biografie-Erstellung

Name, Vorname:

Verwandtschaftsgrad:

Telefon-Nr.:

Datum:

Unterschrift:

Sehr geehrte/r Angehörige/r

von Herrn / Frau geboren am:

Da mit dem Einzug in unsere Einrichtung für Ihren Angehörigen und für Sie ein neuer Lebensabschnitt beginnt, benötigen wir einige Angaben über ihre / seine Biografie.

Die Biografie soll jedem Mitarbeiter dienlich sein, um den Bewohner in seinem Verhalten besser verstehen zu können, seine Ängste und Nöten klarer werden zu lassen und seine Reaktionen besser gerecht zu werden.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Soweit dies möglich ist, wäre es schön, wenn der/die Bewohner/in daran beteiligt würde.

Zeitgeschehen

Persönliche Daten zur Biografie des Heimbewohners dient als „Türöffner“ zur Erlebniswelt von Menschen mit Demenz.

Beeinflussung durch die Zeitgeschichte (bitte ankreuzen)

Hungersnot Flüchtlinge Krieg Ausländerfeindlichkeit

1919-1932 Weimarer Republik

1933-1945 NS-Staat

1939-1945 2. Weltkrieg

1946-1948 Nachkriegszeit

1949-1961 Aufbau Ost

West-Wirtschaftsaufschwung

1961 Mauerbau / Teilung Deutschlands

1989 Sommer / Flüchtlingswelle in den Westen

1990 Wiedervereinigung

Arbeitslosigkeit- / Währungsunion



BIOGRAFIE

Kindheit und Jugend

Name der Eltern:

Sind die Eltern verstorben, wenn ja – wann?

Geschwister: (Name / Wohnort)

Bestand zu den Angehörigen eine besondere Beziehung?

.....
.....
.....

Beruf und Familie

Berufstätigkeiten (evtl. Ausbildung, Art und Dauer der Tätigkeit)

.....
.....

Partnerschaft (verheiratet, verstorbene Partner, etc.)

Kinder (Name, Geburtstag, Wohnort, falls verstorben, wann ?)

.....
.....

Gibt oder gab es noch weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde, etc.?)

.....
.....

Persönlichkeit

Wichtige persönliche Erlebnisse (z.B. traumatische Kriegserlebnisse, Verlust wichtiger Menschen, besondere persönlicher Erfolg, etc.)

.....
.....
.....

Kontaktfreudigkeit (gestern und heute)

.....
.....

Welche Werte waren früher besonders wichtig; worauf hat er/sie besonderen Wert gelegt (Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, etc.)?

.....
.....

Religion (Beten, religiöse Feste, Gottesdienste, etc.)

.....



BIOGRAFIE

Wahrnehmung

Gibt es Einschränkungen beim Sehen?

Gibt es Einschränkungen beim Hören?

Lieblingsmusik – Geräusche?

Was riecht sie/er gerne (Parfüm, Blumen, Werkstattgeruch?)

Ist sie/er Rechts- oder Linkshänder?

Welche Rolle spielt / spielte die Bewegung?

Lässt sie/er Körperberührungen eher gern oder ungern zu?

Beschäftigung

Womit hat sich die Bewohnerin / der Bewohner früher gerne beschäftigt?

Haushalt Haus- und Handarbeiten..... Bewegung Spazieren

Radfahren Schwimmen Haustiere Hobby / Vereine

Welche Themen waren/sind interessant (Politik, Familie, Prominentengeschichten)?
.....

Welche Medien waren/sind von Bedeutung? Fernsehen Radio Kino Bücher

Bestand eine Sammelleidenschaft? Briefmarken Münzen Steine sonstiges

Gesellschaftsspiele, wenn ja welche?

Lebensgewohnheiten in Bezug auf die Körperpflege

Wie wurde die Körperpflege durchgeführt (waschen, baden, etc., Häufigkeit und Tageszeit)?
.....

Gab es besondere Vorlieben kaltes Wasser warmes Wasser Seife keine Seife

Wurde regelmäßig eine Hautlotion benutzt? Ja Nein

Wie oft hat sie / er sich rasiert?

Wie wurden die Haare gepflegt?



BIOGRAFIE

Kleidung

Lieblingskleidung, Farben, Schuhe, Handtasche, Schmuck, Armbanduhr, etc.

.....
.....
.....

Essen und Trinken (siehe Essbiografie)

War sie/er früher eher schlank oder füllig?

War in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme festzustellen?

Nein wenn ja:

Ruhen und Schlafen

Zu welcher Zeit geht sie/er zu Bett? Uhr

Welche Einschlafposition wird bevorzugt:

Welche Liegeposition ist nicht gewollt?

Gibt es "Zu-Bett-Geh-Rituale" (Musik beim Einschlafen hören, Bettdecke unter die Füße schlagen, Licht anlassen, Fenster öffnen, etc.)?

.....

Wann wacht sie/er morgens auf?

Wird eine Ruhepause tagsüber eingelegt? Mittagsschlaf

Was benötigt sie/er, um sich zu entspannen, bzw. zur Ruhe zu kommen?

.....

Erkrankungen

Gab es schwere Erkrankungen in der Kindheit, Jugend, im Erwachsenenalter oder Alter?

.....

Wie war der Umgang mit eigenen Erkrankungen oder mit Krankheiten anderer?

.....

Bestehen oder bestanden Vorlieben? Rauchen

Haben Sie die Bewohnerin / den Bewohner in letzter Zeit verwirrt erlebt?

.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung / Ihr Team der Villa Rosenstein



ESSBIOGRAFIE

Name:

Geburtsdatum:

Frühstück

Hat Ihr Angehöriger mit der Familie gefrühstückt? Ja Nein

Um welche Zeit wurde gefrühstückt? Uhrzeit.....

Was hat Ihr Angehöriger gefrühstückt?
.....

Gab es sonntags was Besonderes zum Frühstück? Ja Nein

Wenn ja, was?

Mittagessen

Hat Ihr Angehöriger gemeinsam mit Ihrer Familie zu Mittag gegessen? Ja Nein

Um welche Uhrzeit hat Ihr Angehöriger gegessen?

Welche Vorlieben hatte Ihr Angehöriger

Was mochte er nicht?

Wurden Getränke zum Mittag gereicht?

Welche Getränke gab es zum Mittag?

Gab es nach dem Mittag einen Kaffee? Ja Nein

Wurde der Tisch für das Mittagessen während der Woche

besonders gedeckt? Ja Nein

War der Tisch alltags mit einer Tischdecke versehen? Ja Nein

Wurde täglich ein Nachtsch gereicht? Ja Nein

Gab es spezielle Nachtsch-Vorlieben?

Gab es regelmäßig Mittagskaffee?..... Ja Nein

Wenn ja, gab es spezielle Vorlieben dazu?



ESSBIOGRAFIE

Abendessen

Haben Sie gemeinsam zu Abend gegessen? Ja Nein

Was gab es zum Abendbrot?

.....

Feiertage

Was wurde zu Ostern gegessen?

.....

Was gab es zu „Heilig-Abend“ und an Weihnachten zum Essen?

.....

Welche Gerichte wurden zu Silvester gegessen?

.....

Welches ist das Lieblingsgericht Ihres Angehörigen?

.....

Gab es ein Geburtstagsessen?

.....

Wurde an Sonn- und Feiertagen besonders gedeckt?

.....

Sonstiges

Wurde während der Essenseinnahme gesprochen? Ja Nein

Wurde zum Essen Musik gehört? Ja Nein

Gab es auch nicht so schöne Erlebnisse rund um das Thema Essen? Ja Nein

Wenn ja, welche

Name:

Verwandtschaftsgrad:

Datum:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit



Sturzpräventionsformular

Das Ziel unserer Einrichtung ist es, ein möglichst großes Maß an Unabhängigkeit der Bewohner zu garantieren. Andererseits fühlen wir uns verpflichtet, Risiken zu vermeiden. Unter den besonderen Umständen kann nicht garantiert werden, dass der entsprechende Bewohner nicht stürzt und sich eine sturzbedingte Verletzung zuzieht.

Ich
habe verstanden, dass

.....
Name des Bewohners

besonders gefährdet ist, sich bei einem Sturz zu verletzen bzw. andere zu gefährden.

Ich habe verstanden, dass die folgenden Bemühungen unternommen werden mit dem Ziel, eine chemische oder mechanische freiheitsbeschränkende Maßnahme zu vermeiden.

Maßnahmen:

.....
.....
.....

.....
Datum, Unterschrift Bewohner / gesetzl. Vertreter

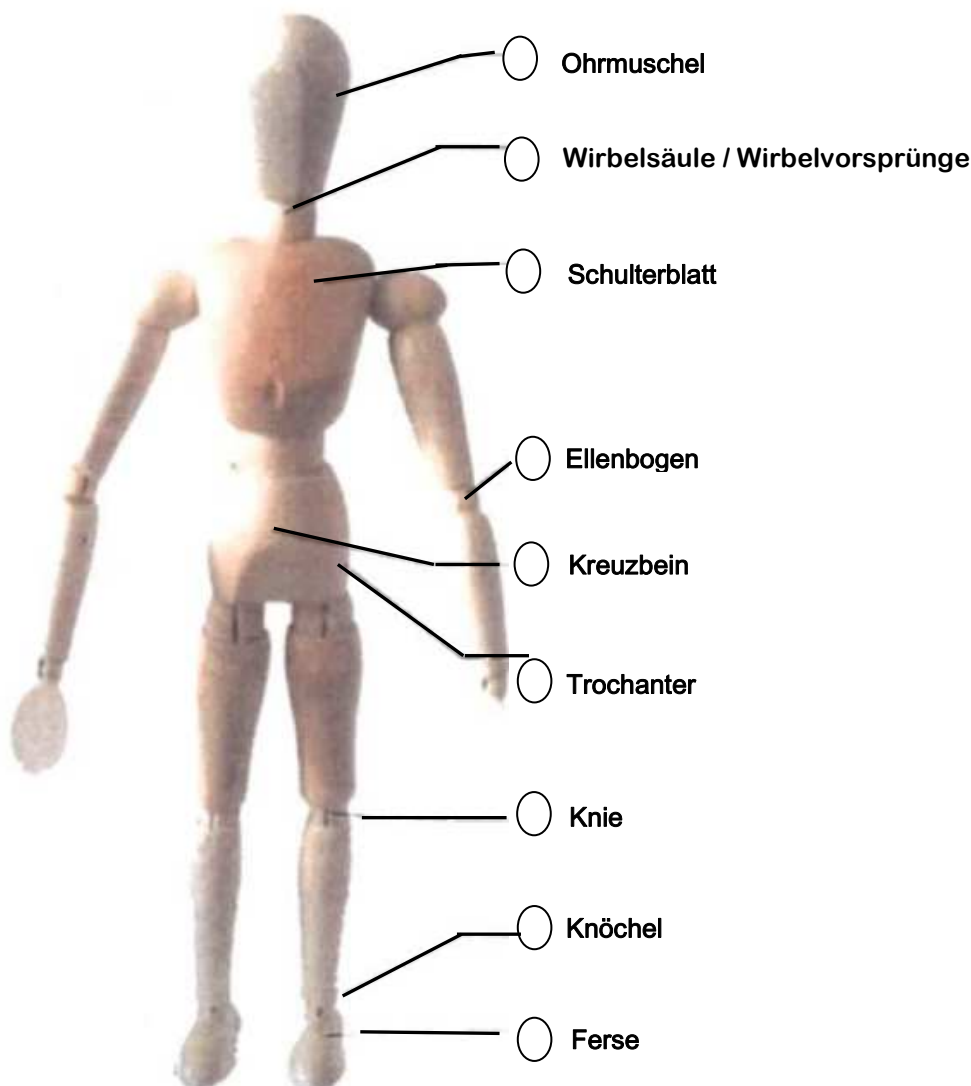
.....
Datum, Unterschrift Mitarbeiter

Dekubitusgefährdete Körperstellen (Geltungsbereich Aufnahme neuer Bewohner)

Sehr geehrte Angehörige,

nehmen Sie sich bitte einige Minuten Zeit und beantworten Sie den beiliegenden Fragebogen zur zusätzlichen Qualitätsverbesserung Ihres Angehörigen. Mit den Antworten können wir ermitteln, ob Ihr Angehöriger ein erhöhtes Maß an einer Gefährdung hat und / oder in der Vergangenheit schon eine Druckstelle hatte. Zum Ausfüllen brauchen Sie lediglich **ein Kreuz in die Kreise** zu platzieren.

Wenn Sie uns darüber hinaus noch verraten, was Ihrem Angehörigen bei einer evtl. D Druckstelle als Maßnahme geholfen hat, können wir unser Angebot sehr genau an dessen Bedarf ausrichten.



Bemerkungen:



Dieses Formular wird gemeinsam mit einer Fachkraft beim Einzug ausgefüllt !

**Grundlagen der pflegerischen Versorgung
Expertenstandard vom DNYP: Schmerzmanagement**

Checkliste Schmerzerfassung als mitwirkendes Dokument bei der Aufnahme

Name: **Vorname:** **Geb.Datum**

Krankenkasse: **Wohnbereich:**

Mitarbeiter: **Datum:**

Haben Sie Schmerzen?

Tut Ihnen etwas weh?

Wo ist der Schmerz?

Können Sie den Schmerz beschreiben?
(z.B.: stechen, reizend, brennend, ziehend)

Haben Sie ständig Schmerzen?

Wenn ja, in welcher Situation?
(z.B. Ruhe, Bewegung etc.)

Wenn nein, wann treten Schmerzen auf?

Führen Sie ein Schmerztagebuch?

Sind Ihnen Bewertungskriterien von Schmerzen bekannt?

Wurde Ihr Arzt über Ihre Schmerzen informiert?

Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmedikamente?

Gibt es unterstützende Maßnahmen, die Ihnen gut tun?
(z.B. Wärme, Kälte, Einreibungen, Entspannungsmaßnahmen etc.)
.....

Bemerkungen:

(Hinweis: Alternativ ist das einrichtungsindividuelle Initiale Assessment anzuwenden).
.....

F-Einverständniserklärung

Name, Vorname: Geb.Datum:
 Anschrift:
 Krankenkasse: Vers.-Nr.

Hiermit erkläre ich mich mit der Betreuung und Belieferung durch die Häussler Medizin- und Rehathechnik GmbH sowie die Häussler Technische Orthopädie GmbH mit Sitz in 89081 Ulm, Jägerstr 6, ab dem im Rahmen der ärztlichen Verordnung vom über die Versorgung mit einverstanden. Ich versichere, dass die Angaben zu meiner Person, insbesondere zur Krankenversicherung, korrekt sind.

Die Häussler Medizin- und Rehathechnik GmbH/Technische Orthopädie GmbH, stellt die Versorgung mit allen medizinischen notwendigen Hilfsmittel und Medizinprodukten, einschließlich aller Dienst- und Serviceleistungen im Rahmen der ärztlichen Verordnung sicher. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich die gesetzlichen Zuzahlungen leisten muss, sofern mir keine Zuzahlungsbefreiung meiner Krankenkassen vorliegt.

Soweit die Versorgung mit Hilfsmitteln oder zusätzliche Leistungen über das Maß des Notwendigen hinausgehen (beispielsweise höhere Mengenanforderungen oder Versorgung mit Hilfsmitteln, welche die qualitativen Anforderungen an die medizinische Notwendigkeit übersteigen), habe ich die hierdurch entstehenden Mehrkosten selbst zu tragen.

Eine Versorgung ist grundsätzlich erst nach der Genehmigung durch meine Krankenkasse möglich. Sollte ich eine Versorgung vor der Genehmigung wünschen, trage ich das wirtschaftliche Risiko für die Versorgung bis zur Genehmigung, soweit die meine Krankenkasse aus diesem Grund ablehnt.

Ich verpflichte mich, Wohnort-, Krankenkassen- und Leistungserbringerwechsel sowie die Aufstellung einer Zuzahlungsbefreiung unverzüglich mitzuteilen. Komme ich dieser Verpflichtung nicht nach, können mir daraus eventuell entstandene Kosten auferlegt werden. Ich informiere die Häussler Medizin- und Rehathechnik GmbH/Technische Orthopädie GmbH rechtzeitig über notwendige Belieferungen sowie Service- und Dienstleistungen.

Ich stimme zu, dass meine Daten nebst Fotodokumentation – soweit sie zur Erfüllung der Aufgaben erforderlich sind – unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen von der Häussler Medizin- und Rehathechnik GmbH/Technische Orthopädie GmbH verarbeitet und aufbewahrt werden und an dritte Personen die an der Behandlung und Pflege beteiligt sind, weitergegeben werden dürfen.

.....
Ort, Datum **Unterschrift Patient (gesetzl. Vertreter)**

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

.....
Ort Datum **Unterschrift Patient gesetzlicher Vertreter**



Einverständniserklärung zur Veröffentlichung von Fotos und Texten

Hiermit wird der Villa Rosenstein GmbH & Co.KG Heubach

Name des Bewohners:

die Erlaubnis keine Erlaubnis erteilt.

Fotografien und Texte

In gedruckter Form (Prospekte, Zeitungsartikel, Heimzeitung, Schautafel, Aus• und Abdrucken) und / oder elektronisch erzeugt auf der Internetseite des Pflegeheims Villa Rosenstein GmbH, Facebook oder auf Infoseiten der Krankenkassen (z. B. AOK Heimnavigator) etc. zu veröffentlichen auch wenn

ich mein Angehöriger die vom Betreuer betreute Person den

Motivschwerpunkt darstelle(n). (S 22 KUG -- Kunsturhebergesetz)

Es besteht und ergibt sich kein Haftungsanspruch gegenüber dem Pflegeheim Villa Rosenstein GmbH für Art und Form der Nutzung der oben genannten Internetseiten, z. B. für das unerlaubte Herunterladen von Bildern und deren anschließende Nutzung durch Dritte.

Nach S 22 KUG (Kunsturhebergesetz) ist eine Veröffentlichung grundsätzlich nur zulässig, wenn zuvor die Einwilligung der Abgebildeten eingeholt wurde. Allerdings ist nach § 23 KUG eine Einwilligung nicht erforderlich, wenn die abgebildeten Personen nicht den Motivschwerpunkt bilden, oder sie „Personen der Zeitgeschichte“ bzw. Teil einer Versammlung/Veranstaltung sind.

Heubach
(Ort, Datum)

.....
Unterschrift / Name / Vorname des Rechtsinhabers / berechtigten Erlaubnisgebers

.....
Unterschrift des berechtigten Erlaubnisgebers

Diese Erklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden!

Signierung herausnehmbarer Zahnprothesen

Die Zuordnungen von Prothesen ist oft mit erheblichen Schwierigkeiten im Pflegealltag verbunden. Diese Problematik tritt wiederkehrend in der Altenpflege und in Krankenhäusern auf, etwa bei der Reinigung der Prothesen durch das Pflegepersonal oder, wenn ein an Demenz erkrankter Pflegebedürftiger seine Prothese verlegt, diese dann zu einem späteren Zeitpunkt wieder gefunden wird und das Rätselraten beginnt, wem sie gehören könnte.

Zur Unterstützung und als Hilfestellung für das Pflegepersonal ist es also wünschenswert, herausnehmbare Zahnprothesen mit dem Namen des Trägers zu kennzeichnen. Bei Kleidung ist es ein übliches Procedere, bei Prothesen erstaunlicherweise noch nicht. Dabei gehören gerade Zahnprothesen zur engsten Intimsphäre.

Diese Prothesenkennzeichnung bietet **Dentallabor Mundwerk** in Herbede an. Nur ein Fachmann kann die professionelle Kennzeichnung so durchführen, dass sie Reinigern und Mundsäure widersteht.

Dazu wird der Kunststoff der Prothese an geeigneter Stelle mit Fräsern entfernt. Ein spezielles Namensschildchen wird danach mit Haftvermittler fixiert und anschließend mit klarem Prothesenkunststoff überdeckt. Nachdem Auspolymerisieren und Glätten wird die Prothese auf Hochglanz poliert.



Die Kosten für diese individuelle Kennzeichnung beträgt pro Prothese 20,-€ + 7% MwSt.. Für Pflegeeinrichtungen, die mehrere Prothesen sammeln, wird ein Mengenrabatt von 10% gewährt.

Mit besten Empfehlungen

Labor MundWerk
Zahntechnikermeisterin H. Weber

Zahnprothesenformular

Dr. Steiner 26 73540 Heubach	Zahnarzt - IST-Protokoll	wenn Info vorh. freiwillig
um eine optimale Versorgung unserer dementen Bewohner zu gewährleisten möchten wir die Info abfragen		
Bezeichnung vom behandelnden Zahnarzt:		
Besonderheiten der Mundhygiene:		
aktueller Zahnstatus:		
Zahnarzt-Versorgung des Bewohners		
bisherige Zahnarzt garantiert die Weiterversorgung	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Gebissträger: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
Bei Nein - Versorgung durch unseren Haus-Zahnarzt erwünscht	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Zahnprothesen-Typ: Teilprothese <input type="radio"/> Vollprothese <input type="radio"/>
Routine-Untersuchung unseres Heim-Zahnarztes		
Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>	
Bonus-Heft vorhanden		
a <input type="radio"/> wenn ja, bitte mitbringen/mitgeben nein <input type="radio"/>		
letzte Kontroll-Untersuchung:		
Datum:		
sonstiges:		
		Datum - Stempel - Unterschrift - Heuarzt:



Postversand eingehender Briefe

Sehr geehrte Angehörige, sehr geehrte Betreuer/innen,

wir bekommen für unsere Bewohner sehr oft Post, die wir nicht an die Bewohner zustellen, sondern an die rechtlich zuständige Betreuer/innen und Angehörige übergeben. Die bisherige Form des Weitersendens können wir nicht mehr durchführen.

Wir bitten Sie daher die Postadresse bei den Banken, Versicherungen, Rentenstellen und Sonstige auf sich umschreiben zu lassen oder bei uns im Heim in den Zeiten:

Montag – Freitag von 09:00 – 15:00 Uhr

In regelmäßigen Abständen (wir können Fristsachen nicht beachten) abzuholen.

Vorübergehend bieten wir Ihnen an, die Post zu öffnen, einzuscannen und Ihnen per Email zukommen zu lassen. Dies sollten Sie schriftlich anfordern.

Des Weiteren können Sie auch Freiumschläge in unserem Büro hinterlegen, um sich Ihre Post weiter zuschicken zu lassen.

Ihre Wahl können Sie im beigelegten Formular auswählen und uns schriftlich zukommen lassen.



Post-Verteilungs-Vereinbarung

Hiermit erteile ich, im Namen als
Betreuer/Bevollmächtigter für meinen

Betreuten/Angehörigender Villa Rosenstein
den Auftrag, eingehende Post:

zu öffnen, einzuscannen und an folgende Email mir zukommen zu lassen:

Email:

Datum: Unterschrift:

(Die Originale werden für 4 Wochen aufbewahrt, sollten Sie diese in Original benötigen, sollten Sie diese abholen. Die Originale können gerne mit Freiumschlag zugeschickt werden)

aufzubewahren, ich werde die Post in der angegebenen Zeit
- Montag bis Freitag - von 9:00 Uhr bis 15:00 Uhr - im Büro abzuholen.

Datum: Unterschrift:

per Freiumschläge an mich zusenden.

(Freiumschläge bitte in der Zeit 9:00 – 15:00 Mo.-Fr. im Büro abgeben, oder
per Post zusenden.)

Datum: Unterschrift:

Begleitung Schwerkranker, Sterbender und Ihrer Angehörigen



Hospizgedanke

Hospize – so wurden früher Herbergen an den großen Passwegen der Alpen für Reisende und Pilger genannt. Sie dienten als Raststätten vor dem erneuten „Sich-auf-den-Weg-machen.“ Auch auf seiner letzten Reise braucht ein Mensch Fürsorge und Beistand. Er sollte diese Zeit möglichst schmerzfrei in vertrauter Umgebung verbringen können. In dieser manchmal langen und schweren Zeit wollen wir von der Hospiz- und Sitzwachengruppe Schwerkranke und Sterbende begleiten.

Wir neigen noch oft dazu, das Sterben aus unserem Leben zu verdrängen, doch es gehört zum Leben.

Unsere Dienste

- Individuelle Zuwendung
- Zeit und Bereitschaft für Gespräche,
- Schweigen, Dasein, Ängste mildern
- Beten, Singen, Vorlesen
- Unterstützung und Entlastung der Angehörigen und Freunde am Krankenbett
- Besuche zu Hause, in Pflegeeinrichtungen und im Krankenhaus
- Begleitung und Hilfe unabhängig vom Alter, Religion und Nationalität
- Der Hospizdienst ist kostenlos

Heubach

Wir über uns

Unsere Hospiz- und Sitzwachengruppe besteht seit 1992.
Wir sind durch Fortbildungskurse sorgfältig auf unsere Aufgaben vorbereitet worden.
Wir halten Kontakt zu ambulanten und stationären Einrichtungen.

Wir können aber nicht

Zuwendung durch Angehörige und Freunde ersetzen.
pflegende Tätigkeiten übernehmen oder für Fachpersonal tätig sein.

Wenn es soweit sein wird mit mir

Wenn es soweit sein wird mit mir, brauche ich den Engel in dir.

Bleibe still neben mir, in dem Raum, jag' den Spuk, der mich schreckt, aus dem Traum,
sing' ein Lied vor dich hin, das ich mag, und erzähl was war manchen Tag.

Zünd' ein Licht an, das Ängste verscheucht, mach' die trockenen Lippen mir feucht,
wisch mir' Tränen und Schweiß vom Gesicht, der Geruch des Verfalls schreck' dich nicht.

Halt ihn fest, meinen Leib, der sich bäumt halte fest, was der Geist sich erträumt,
spür' das Klopfen, das schwer in mir dröhnt, nimm den Lebenshauch wahr, der versöhnt.

Wenn es soweit sein wird mit mir, brauche ich den Engel in dir.

- - - -

Ansprechpartner / Kontakt

Leitung: Sabine Linke
Tel: 07173 / 4678
Mobil: 0151 5053 6819

Wir würden uns freuen, wenn Sie unsere Arbeit durch Ihre Spende unterstützen

Spendenkonto

Evangelische Kirchengemeinde Heubach
Konto-Nr. 440 800 255
BLZ 614 500 50
Kreissparkasse Ostalb „Sitzwachengruppe“

Der Umgang mit dem Tod

Für Bewohner und deren Angehörige
im
Fachzentrum für Menschen mit Demenz
Villa – Rosenstein
Heubach



„Im Abschied ist die Geburt der Erinnerung“

- Friedrich Karl Barth -

Abschied nehmen

Liebe Angehörige,

Abschiednehmen von Menschen, Dingen, Orten, Wünschen und von vielem mehr begleitet uns ein Leben lang. Beim Sterben, dem schwierigsten Abschnitt im Leben eines Menschen, braucht der Sterbende ganz besonders die Nähe und Vertrautheit von Angehörigen, Freunden und die Geborgenheit bei bekannten Personen.

Der Tod beendet zwar das Leben, aber nicht die Liebe. Die Trauer und der Schmerz sind Gefühle, die uns helfen, eine neue Beziehung aufzubauen, die über den Tod hinaus gelebt wird.

Beim Erstellen unserer Sterbebegleitung für die Einrichtung hatte das würdevolle Sterben höchste Priorität. So fließt die Palliativmedizin und die Palliativpflege, der sich mit der Betreuung und die Begleitung von schwerkranken Menschen in der letzten Lebensphase beschäftigt, in die professionelle Arbeit der Pflegenden mit ein. Ziel der Palliativmedizin ist es, den Bewohner die verbleibende Zeit so beschwerdefrei wie möglich zu gestalten.



Unser Umgang mit den Sterbenden

- Wir begleiten unsere sterbenden Menschen mit Demenz so, wie er/sie es im Augenblick benötigt.
- Wohlbefinden steht an erster Stelle.
- Wir schenken Vertrauen.
- Wir bieten Kommunikationswege an.
- Wir unterstützen Angehörige.
- Wir handeln flexibel im Team für den jeweiligen Augenblick Lösungswege aus.
- Wir sorgen für eine optimale Schmerzbeobachtung, d.h. Schmerzsymptomerfassung in einem speziell ausgearbeiteten Beobachtungsbogen und enge Zusammenarbeit mit dem Arzt.
- Das Durst- und Hungergefühl kann schon lange vor dem eigentlichen Sterbeprozess erloschen sein. Es bedarf täglich neue Fantasie und Ausdauer, um die nötige Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme zu gewährleisten.
- Stets sind wir als Begleiter bis zum Schluss bestrebt, Offenheit, Achtsamkeit, Integration und Spiritualität in die tägliche Routine einfließen zu lassen.
- Wir möchten den Menschen in seiner Gefühlswelt erfassen und ihm dadurch gerecht werden.

Unserer Philosophie

- Das Konzept Villa Rosenstein orientiert sich an der Bedürfniskultur nach Maslow.
- Die Haltung der Mitarbeiter*innen gegenüber den hier lebenden Menschen ist geprägt von den drei Begriffen:

Annehmend / Akzeptierend / Wertschätzend

- Oberste Priorität hat bei uns die grundlegende Haltung, die einem Menschen (vor allem Demenzkranke) für sein tägliches Wohlbefinden entgegengebracht wird. Diese elementare Haltung werten wir als besonders bedeutsam für den Verlauf des Abbauprozesses des Betroffenen.
- Es ist Zeit, eingefahren Wege zu verlassen und neue Wege zu gehen.
- Wir haben die Schlüssel in uns, die uns die Welt der Demenzkranken aufschließen und uns ihre Sprache und ihre Handlungsweisen übersetzen.

Unser Leitbild

- Im Mittelpunkt steht der Mensch
- Pflege ist ein Prozess der Zuwendung und Kommunikation
- Die Pflegequalität wird vom Kunden bestimmt
- Wir fördern Selbstständigkeit und bewahren die Selbstbestimmung
- Wir schützen die Würde und die Persönlichkeit
- Wir sind ein multifunktionelles Pflegeteam
- Wir haben eine ethische Verpflichtung

Wir bieten allen Angehörigen gerne das Gespräch an, bieten Unterstützung und Hilfestellung, um gemeinsam den letzten Weg unter würdigen Bedingungen zu gehen.



Drei Wünsche

Die Gelassenheit, alles das hinzunehmen, was nicht zu ändern ist.

Die Kraft zu ändern, was nicht länger zu ertragen ist.

Und die Weisheit, das eine vom anderen zu unterscheiden.

Villa Rosenstein GmbH & Co. KG
Alte Steige 26
73540 Heubach
Tel.: 07173 71441 0
Fax: 07173 71441 10
www.villa-rosenstein.de