

Deutsches Rotes Kreuz
Heinrich Gerold Haus

Infomappe Heimannmeldung



**Am Schloßberg 5
64372 Ober-Ramstadt/Nieder-Modau**

**Tel.- Nr.: 06154/ 6399-0
Fax- Nr.: 06154/ 6399-16
hgh@drk-darmstadt-land.de**

Der Alltag in einer Pflegeeinrichtung

Heimbeiräte sind gemäß dem Heimgesetz die gewählten Vertreter der Bewohnerinnen und Bewohner.

Heimbeiräte wirken mit bei der Gestaltung der Lebensverhältnisse im Heim. Dies betrifft die Fragen des Zusammenlebens, der Pflege und Betreuung, der Verpflegung, der Veranstaltungen und vieles mehr.

Heimbeiräte wollen neuen Heimbewohnern das Einleben erleichtern und Angst und Unsicherheit vor dem Leben im Heim nehmen.

Heimbeiräte wollen darüber informieren, wie das Leben im Heim aus Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner ist. Deshalb haben sie im Jahr 2005 in den Altenpflegeheimen in Südhessen eine Befragung durchgeführt. Sie benannten die folgenden Vorzüge des Lebens im Heim:

➤ **Im Heim können Sie sorgenfreier leben**

Die meisten Bewohnerinnen und Bewohner leben im Heim, weil sie eine pflegerische Versorgung brauchen, die zu Hause nicht möglich war. Einige fühlten sich zu Hause sehr allein und manche hatten Angst, dass keine Hilfe da wäre, wenn ihnen etwas zustößt. Es ist eine große Entlastung, nicht mehr einkaufen, kochen und putzen zu müssen.

➤ **Im Heim bekommen Sie die Pflege und Betreuung, die Sie brauchen**

Sie werden von hilfsbereiten, fachlich kompetenten Mitarbeitern gepflegt. Durch gute Pflege hat sich der Gesundheitszustand mancher Bewohnerinnen und Bewohner wieder verbessert. Aber Sie brauchen keine Angst zu haben, auch wenn er schlechter wird, bekommen Sie die nötige Hilfe, auch in der Nacht.

➤ **Im Heim ist eine Menge los**

Es gibt jede Menge Anregungen für den Geist. Angeboten werden kulturelle Veranstaltungen, Gymnastik, Gedächtnistraining, Singen, Basteln, Ausflüge, Feste. Schauen Sie sich den Veranstaltungskalender einmal an. Regelmäßig finden katholische und evangelische Gottesdienste statt.

➤ **Im Heim sind Sie nicht alleine**

Sie haben viele Kontaktmöglichkeiten. Es ist immer jemand da, mit dem man sprechen kann. Sie können sich natürlich auch in Ihr Zimmer zurückziehen – aber Sie müssen nicht einsam sein.

Sie können für andere Mitbewohnerinnen und Bewohner wichtig sein und sich gegenseitig helfen.

➤ **Ein Heim ist keine Insel**

Sie können Ihre alten Kontakte weiterpflegen, denn auch im Heim können Sie jederzeit Besuch bekommen. Natürlich können Sie auch Besuche machen, wann immer Sie wollen. Die Mitarbeiter möchten bei längerer Abwesenheit nur gern informiert werden, damit sie sich keine Sorgen machen.



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH Am Schloßberg 5 64372 Ober-Ramstadt

**DRK Soziale Dienste
Darmstadt-Dieburg
gGmbH**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Heinrich Gerold Haus

wir danken Ihnen für Ihr Interesse an einem Pflegeplatz in unserer Einrichtung.

Am Schloßberg 5
64372 Ober-Ramstadt

Wir geben Ihnen im Folgenden eine kurze Übersicht über die notwendigen Formalitäten zur Anmeldung für eine Heimaufnahme. Diese können ein persönliches Beratungsgespräch jedoch nicht ersetzen.

Tel. 06154-63 99 - 0
Fax 06154-63 99 - 16
www.drk-darmstadt-land.de
hgh@drk-darmstadt-land.de

Bitte vereinbaren Sie einen Gesprächstermin unter:

Ihre Nachricht
vom

Tel.: 06154 / 6399-14

Ihr Zeichen

Durch die Einführung der Pflegeversicherung für den stationären Bereich, sind folgende Voraussetzungen zur Heimaufnahme notwendig:

Aktenzeichen

Antragstellung bei der Pflegekasse des zukünftigen Heimbewohners auf Leistungen für den stationären Bereich.

Eric Winkler
Geschäftsführer /
Einrichtungsleiter

Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sind in der Regel vom zukünftigen Heimbewohner selbst zu tragen (aus Renteneinkünften oder Vermögen). Bitte prüfen Sie anhand der in der Anlage beigefügten Pflegesätze, ob die monatlichen Einkünfte zur Deckung der Kosten ausreichen.

Tel. 06154-63 99-11
Fax 06154-63 99-16

Wenn nicht, ist mit dem Bescheid der Pflegekasse (Einstufung in einen Pflegegrad) ein entsprechender Antrag beim zuständigen Sozialamt auf Ergänzungsleistung nach dem Bundessozialhilfegesetz zu stellen.

heimleitung
@drk-darmstadt-land.de

Wenn die Voraussetzungen nach den bisher geschilderten Punkten erfüllt sind und je nach Zimmerwunsch ein entsprechender Platz zur Verfügung steht, steht einer Heimaufnahme nichts mehr im Wege.

Handelsregister
Amtsgericht Darmstadt
HRB 101537

Sparkasse Darmstadt
IBAN:
DE27 5085 0150 0003 0025 86
BIC:
HELADEF1DAS

Steuernummer:
007 250 43675

Zur Vormerkung in unserer Warteliste benötigen wir:

- a) die Anmeldung zur Heimaufnahme (Vordruck, anliegend)
- b) Kostenübernahme-Erklärung

**Die sieben Grundsätze
der Rotkreuz- und
Rothalbmondbewegung:**

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie einfach an, wir sind gerne für Sie da.

- Menschlichkeit
- Unparteilichkeit
- Neutralität
- Unabhängigkeit
- Freiwilligkeit
- Einheit
- Universalität

Mit freundlichen Grüßen

Eric Winkler
Geschäftsführer



Bitte geben sie folgende Unterlagen vor der Heimaufnahme in der Verwaltung ab:

- ☐ Anmeldung zur Aufnahme
- ☐ Kostenübernahme-Erklärung ggf. Einzugsermächtigung
- ☐ Formulare Sonnenapotheke – Blisterzentrum
- ☐ Einwilligungen und Erklärung zum Datenschutz (die letzten 8 Seiten der Infomappe)
- ☐ Rentenbescheid bzw. Kontoauszug mit aktuellem Renteneingang
- ☐ Vollmachten / Verfügungen / Patientenverfügung bzw. Betreuerausweis
- ☐ Personalausweis / Schwerbehindertenausweis (Kopie) / Krankenkassenkarte
- ☐ Ggf. Ausweis über die Befreiung von Zuzahlungen bei Arznei
- ☐ Heimvertrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben
- ☐ Bescheinigung der Pflegekasse über Leistungen bei Kurzzeitpflege
- ☐ Bescheinigung der Pflegekasse über Leistungen bei vollstationärer Pflege
- ☐ Ärztliche Feststellung
- ☐ Aktuelle Einnahmeverordnung von Medikamenten / Medikamentenplan /
Medikamente (bei Kurzzeitpflege)
- ☐ Biographiebogen
- ☐ Diagnosen (Arztbriefe)



Bestätigung der Informationspflichten vor Vertragsabschluß nach §3 des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz

Wir, als Heimträger, müssen Sie rechtzeitig vor Abgabe der Vertragserklärung über folgende Punkte informieren:

1. Die Ausstattung und Lage des Gebäudes in dem sich der Wohnraum befindet, sowie die dem gemeinschaftlichen Gebrauch dienenden Anlagen und Einrichtungen finden Sie im Informations-Faltblatt des Hauses und im Heimvertrag, Anlage 3.
2. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen finden Sie in der Informationsmappe, die in der Verwaltung zur Einsicht ausliegt. Wenn eine Veröffentlichung vorgeschrieben ist, finden Sie diese im Foyer ausgehängt.
3. Den Wohnraum, die Pflege und Betreuungsleistungen, die Verpflegung, sowie die einzelnen weiteren Leistungen nach Art, Inhalt und Umfang finden Sie im §2, ff des Heimvertrages.
4. Die den Pflege- und Betreuungsleistungen zugrundeliegenden Konzepte, finden Sie in der Informationsmappe, die in der Verwaltung zur Einsicht ausliegt.
5. Die für die in Nummer 4 genannten Leistungen jeweils zu zahlenden Entgelte, finden Sie aufgeschlüsselt in der „Infomappe Heimanmeldung“, die Ihnen ausgehändigt wurde.
6. Die Voraussetzungen für mögliche Leistungs- und Entgeltveränderungen finden Sie im § 13 des Heimvertrages.
7. den Umfang und die Folgen eines Ausschlusses der Angebotspflicht nach § 8 des Wohn- und Betreuungsgesetzes finden Sie im Versorgungsvertrag §1, Abs. 3, der in der Informationsmappe in der Verwaltung zur Einsicht ausliegt.

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Punkte zur Kenntnis genommen haben:

Ort, Datum:

Unterschrift des Bewohners
oder seines Vertreters



Anmeldung zur Aufnahme

Zimmerwunsch: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Egal

Einzug am: _____ Wohnbereich / Zimmer: _____

Angaben zur Person:

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Religion: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Erlernter Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Anschrift:

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Telefon: _____

Rechnungsanschrift: ☐

Angehörige/ Ansprechpartner:

Name: _____ Name: _____

PLZ Ort: _____ PLZ Ort: _____

Straße: _____ Straße: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Beziehung: _____ Beziehung: _____

E-Mail: _____ E-Mail: _____

Rechnungsanschrift: ☐

Rechnungsanschrift: ☐

Behandelnde Ärzte:

Name: _____ Name: _____

Straße: _____ Straße: _____

PLZ Ort: _____ PLZ Ort: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Welchen Hausarzt möchten Sie? _____

Derzeitiger Aufenthalt: ☐ Zuhause ☐ anderes Heim ☐ Krankenhaus

Anmeldung zur Aufnahme



Angaben zur Krankenversicherung:

Krankenkasse: _____

Krankenversicherungsnummer: _____

PLZ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____ Sachbearbeiter: _____

Rezeptgebühr befreit: ☐ ja ☐ nein ☐ beantragt am: _____

Pflegegrad:

☐ ja, Grad: _____ seit: _____ ☐ nein, folgende Leistungen wurden bei der Pflegekasse beantragt am: _____

☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege

Im Falle einer amtsgerichtlichen Betreuung auszufüllen:

Name des Betreuers: _____

PLZ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

Kopie des Betreuungsausweises liegt vor ☐ ja ☐ nein

Rechnungsanschrift / Ich kann die aufzubringenden Heimkosten selbst zahlen:

☐ per E-Mail: _____

Name: _____

PLZ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

Ich habe einen Antrag auf Kostenübernahmen beim Sozialamt/Beihilfestelle gestellt:

Zuständige Behörde: _____

PLZ Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

Ich bekomme Sozialhilfe: ☐ ja Aktenzeichen: _____

☐ nein ☐ beantragt am: _____



Anmeldung zur Aufnahme

1. Kommunizieren

Psychosoziale Situation, welche Bedürfnisse, Wünsche, Lebenssituationen und Verhaltensweisen treffen zu? (Sie können mehrere Punkte ankreuzen):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Kontaktfreudigkeit | ☐ Aktivität | ☐ Schwermütigkeit |
| ☐ Angstzustände | ☐ Zurückgezogenheit | ☐ Verwirrung |
| ☐ kaum Reaktion auf Ansprachen | ☐ Interesselosigkeit | ☐ Reizbarkeit |
| ☐ wechselnde Stimmungslagen | ☐ Passivität | ☐ Bewegungsbedürfnis |
| ☐ Ruhelosigkeit | ☐ Nervosität | ☐ Vergeßlichkeit |
| ☐ Desorientierung | ☐ Impulsivität | ☐ Gesprächigkeit |
| ☐ Ausgeglichenheit | ☐ wechselnde Stimmungslage | ☐ Weglaufgefährdet |
| ☐ weitere Anmerkungen: _____ | | |

2. Bewegen, Gehen und Fortbewegen

- ☐ selbständig ☐ mit Unterstützung durch Begleitperson (wieviel?) _____
- Gehhilfen: ☐ Rollstuhl ☐ Gehstock ☐ Rollator
- Gehstörungen: ☐ ja ☐ nein welche: _____

3. Vitale Funktionen

Blutdruck:

- ☐ normal ☐ zu hoch ☐ zu niedrig ☐ Schwankungen

Puls:

- ☐ normal ☐ arrhythmisch ☐ zu schnell ☐ zu langsam

sonstiges: _____

Herzschrittmacher: ☐ ja ☐ nein

Atemstörungen: _____

Medikamenten – Einnahme: ☐ alleine ☐ unter Aufsicht ☐ anreichen



Anmeldung zur Aufnahme

Aktuelle Verordnungen:

Medikamente	Dosierung

Verordnete oder empfohlene Reha - Maßnahmen, z.B. Krankengymnastik, Logopädie, etc.:

4. Erforderliche Hilfe und Unterstützung

Körperpflege:

Waschen:

- ☐ selbständig
- ☐ benötigt Unterstützung
- ☐ benötigt volle Hilfe

Baden/ Duschen:

- ☐ selbständig
- ☐ benötigt Unterstützung
- ☐ benötigt volle Hilfe

Frisieren/ Rasieren:

- ☐ selbständig
- ☐ benötigt Unterstützung
- ☐ benötigt volle Hilfe

Mundpflege:

- ☐ selbständig
- ☐ benötigt Unterstützung
- ☐ benötigt volle Hilfe

Zahnprothesenpflege:

- ☐ selbständig
- ☐ benötigt Unterstützung
- ☐ benötigt volle Hilfe

5. Ernährung

- ☐ normale Kost
- ☐ Schonkost
- ☐ Vollwerternährung
- ☐ Vegetarisch

Diät: _____



Anmeldung zur Aufnahme

Schluckstörungen: ☐ ja ☐ nein

Nahrungsaufnahme:

☐ selbständig ☐ benötigt Unterstützung ☐ benötigt volle Hilfe

Sonderernährung seit: _____

6. Ausscheiden

Urin – Inkontinenz ☐ ja ☐ nein

Katheter ☐ ja ☐ nein Letzter Katheterwechsel am: _____

Stuhl – Inkontinenz ☐ ja ☐ nein

7. Ankleiden

☐ selbständig ☐ benötigt Unterstützung ☐ benötigt volle Hilfe

8. Ruhen und Schlafen

Einschlafstörungen: ☐ ja ☐ nein

Durchschlafstörung: ☐ ja ☐ nein

Nächtliche Unruhe: ☐ ja ☐ nein

Derzeit bettlägerig: ☐ ja ☐ nein

Dauerhaft bettlägerig: ☐ ja ☐ nein

sonstiges: _____

Aufstehen/ Zubettgehen:

☐ selbständig ☐ benötigt Unterstützung: _____

Schutzmaßnahmen (Bettgitter, Fixierung o. ä.): ☐ ja ☐ nein

☐ mit Einwilligung des Bewohners

☐ mit Entscheidung des Gerichtes



Anmeldung zur Aufnahme

9. Beschäftigung / Gewohnheiten

Welche Beschäftigungen bzw. Freizeitgestaltung wurde bislang gerne gepflegt?

Was ist Ihnen ganz wichtig?

10. Existentielle Fragen

Patienten / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung o.ä. vorhanden:

☐ ja

☐ nein

☐ als Kopie beigelegt

Im Falle des Ablebens besteht folgender Bestattungswunsch:

☐ Erdbestattung

☐ Urnenbeisetzung

☐ _____

Weitere Anmerkungen: _____

11. Sonstiges

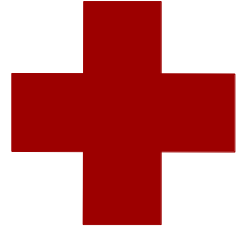
Leihgeräte der Krankenkasse ☐ ja ☐ nein

Eigene Geräte und Hilfsmittel: _____

Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers/ Betreuers



Biographiebogen

Angaben zur Person und zum Lebenslauf

Alle Angaben, die Sie uns machen, werden nur an Mitarbeiter weitergegeben, damit diese Sie besser kennen lernen und betreuen können.

Name, Vorname, Geburtsname

1. Wann und wo sind Sie geboren?

2. Wo sind Sie aufgewachsen?

3. Haben Sie Geschwister. Stellung in der Geschwisterreihe?

4. Was waren Ihre Eltern von Beruf?

5. Welche Schulen haben Sie besucht?

6. Haben Sie einen Beruf erlernt, bzw. welche beruflichen Tätigkeiten haben Sie ausgeübt? Konnten Sie sich frei entscheiden? Was machten Sie nach der Pensionierung

7. Sind oder waren Sie verheiratet (Hochzeitstag und Ort, Name und Beruf des Partners)?

8. Haben Sie Kinder/Enkel/ Neffen/ Nichten...(Name, Alter Beruf)?

9. Umzüge und Ortswechsel

10. Ereignisse um den 2. Weltkrieg

11. Gab es in Ihrer Familie Todesfälle (Ehepartner, Geschwister, Kinder...), und wann?

12. Was haben Sie für Krankheiten, Behinderungen, Gebrechen?

13. Wo haben Sie in den letzten Jahren gelebt? Waren Sie auf Hilfe angewiesen?
Wer hat Sie betreut?

14. Was ist der Grund des Einzuges ins Heim?

15. Gehören Sie einer Kirchengemeinde an? Welche Bedeutung hat das für Sie?

16. Womit beschäftigen Sie sich (z.B. lesen, fernsehen, spaziergehen).
Haben Sie Hobbies. Waren Sie Mitglied in einem Verein?

17. Haben oder hatten Sie besondere Fähigkeiten?

18. Was sind Ihre Lieblingsspeisen /-Getränke / -Musik?
Was begeistert Sie?

19. Wie ist Ihr persönliches Befinden (körperlich, seelisch, geistig)?
Pflegebedürftigkeit?

20. Zu welchen Personen hatten Sie in den letzten Monaten regelmäßigen Kontakt?
Wer sind Ihre Bezugspersonen? (Name und Anschrift)

21. bisheriger Tageslauf (auch Schlafgewohnheiten, Einschlafen, Durchschlafen, Aufwachen):

22. weiteres:

Erstellt von: _____

Datum: _____

23. Liebe Bewohnerin, lieber Bewohner,

wir wünschen Ihnen, daß Sie lange im Heinrich Gerold Haus wohnen und sich in unserem Haus wohl fühlen.

Trotzdem bitten wir Sie schon heute, uns Ihre Wünsche für Ihren Todesfall mitzuteilen.

Welche Angehörigen/ Bekannten sollen im Todesfall benachrichtigt werden?
(Name und Telefonnummer)

Soll diese Benachrichtigung sowohl zur Tages - als auch zur Nachtzeit
geschehen? ja () nein ()

Soll ein Pfarrer verständigt werden ? Wenn ja, ein bestimmter?

Welcher Angehörige oder Bekannte übernimmt die Ausrichtung der Beerdigung?

Welches Bestattungsinstitut übernimmt die Beerdigung?
(Name und Telefonnummer)

Welche Bestattungsform wünsche Sie? () Erdbestattung
() Feuerbestattung
() Sonstige: _____

Auf welchem Friedhof möchten Sie beerdigt werden ?

Gibt es eine vorhandene Grabstätte? ja () nein ()

Wenn ja, Flur und Nr. des Grabes: _____

An wen soll der Nachlaß ausgehändigt werden ? _____

Besondere Wünsche: _____

Erstellt von: _____

Datum: _____



Kostenübernahme-Erklärung

In Eigenschaft als _____ von Herr/ Frau _____

geb. am: _____ verpflichte ich: _____

(Name, Vorname, Adresse)

mich, alle anfallenden Heimkosten im Rahmen des Heimaufenthaltes o.a.
Bewohner/in zu tragen.

Diese Zusage gilt ausdrücklich während des gesamten Heimaufenthaltes für den
Fall, dass andere Kostenträger (Pflegekasse/ Pflegeversicherung oder
Sozialämter) die Übernahme der Heimkosten ablehnen, oder erst zu einem
späteren Zeitpunkt übernehmen.

Mit dem Auszug aus dem DRK-Heinrich Gerold Haus in Ober-Ramstadt fallen
keine weiteren Kosten mehr an.

Aus verwaltungstechnischen Gründen bitten wir um eine Banklastschrift.

Ober-Ramstadt, den _____ Unterschrift: _____

Kombi-Mandat - Einzugsermächtigung und SEPA-Basislastschrift-Mandat

Gläubiger Identifikationsnummer: DE 2710000000096871

Wiederkehrende Zahlungen

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt)

Name Zahlungspflichtiger

Adresse Zahlungspflichtiger

BIC Zahlungspflichtiger

Bankleitzahl

IBAN Zahlungspflichtiger

Kontonummer

1. Einzugsermächtigung

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

2. SEPA-Basislastschrift-Mandat

Ich ermächtige das Deutsche Rote Kreuz Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Deutschen Roten Kreuz Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH 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.

Über das Ausführungsdatum der Lastschrift sowie den Betrag werde ich mit der jeweiligen Rechnung unterrichtet.

Das Deutsche Rote Kreuz Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH wird mir nach Eingang des SEPA-Basislastschrift-Mandates rechtzeitig meine Mandatsreferenz mitteilen.

Das Verfahren wechselt zum 01.02.2014 automatisch zum SEPA-Verfahren

Ort, Datum und Unterschrift (Zahlungspflichtiger)



Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum

Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.

Wilhelm-Leuschner-Straße 27

64846 Groß – Zimmern

www.sun-apo .de

Telefon 06071 – 498742420

Telefax 06071 – 498742490

E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

Groß-Zimmern, Februar 2024

Sehr geehrte Damen und Herren Angehörige und Betreuer,

ich freue mich, dass wir ab 1. April 2024 die Versorgung der Patient*innen / Klient*innen der Senioreneinrichtung DRK Heinrich Gerold Haus in Nieder-Modau übernehmen werden.

Wir versorgen Ihre Angehörigen / Klient*innen wie gewohnt wöchentlich mit patientenindividuell verpackten Medikamenten (Blistertütchen) sowie allen anderen benötigten Arzneimitteln und freiverkäuflichen Apothekenwaren.

Die Produktion der Blistertütchen erfolgt bei uns vor Ort hygienisch in Reinraumqualität. Für die hohe Patientensicherheit der maschinellen Verblisterung sorgt die Fotoendkontrolle. Hierbei wird jedes Tütchen fotografiert und mit der aktuellen Medikation des/r Patient*in abgeglichen, so dass Fehler in der Medikation annähernd ausgeschlossen sind.

Das Medikationsprofil und das Bestandskonto Ihrer/s Angehörigen/Klient*in sind jederzeit einsehbar, jede Kontobewegung wird dokumentiert und ist nachvollziehbar.

Damit keine Versorgungsengpässe entstehen, erfolgt die Nachbestellung der Rezepte für die verordneten Medikamente mit ausreichendem Puffer.

Sollte ein Medikament neu verordnet werden, so wird die Änderung der Medikation – sofern sie bis 12 Uhr mittags (Mo-Fr) bei uns angezeigt wird – umgesetzt und das Medikament noch am gleichen Tag an die Einrichtung ausgeliefert.

Alle anderen Medikamente, die im Bedarf gegeben werden (Tropfen, Salben, Antibiotika u.v.m.), Verbandstoffe oder Hilfsmittel sowie Bestellungen freiverkäuflicher Waren, werden ebenso bei Eingang der Bestellung bis 12 Uhr am selben Tag geliefert.

Unsere Präsenzzeiten sind:

Mo – Fr	08:00 Uhr bis 18:30 Uhr
Sa	08:00 Uhr bis 13:00 Uhr

In dieser Zeit sind wir unter folgender Nummer für Sie zu erreichen:

06071 / 49874-2420

b.w.



Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum

Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.

Wilhelm-Leuschner-Straße 27

Telefon 06071 – 498742420

64846 Groß – Zimmern

Telefax 06071 – 498742490

www.sun-apo .de

E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

Die Rechnungsstellung für die Rezeptzuzahlungen und erworbenen Medikamente erfolgt über unsere Buchhaltung.

Diese erreichen Sie unter folgender Telefonnummer:

06071 / 49874-2020 (Mo – Fr 08:00 Uhr – 12:00 Uhr)

Für die Verblisterung selbst entstehen Ihnen und Ihren Angehörigen / Klient*innen keine zusätzlichen Kosten.

Wenn Sie im Vorfeld Fragen haben, dann setzen Sie sich gerne mit mir in Verbindung.

Sie erreichen mich zu unseren Geschäftszeiten unter folgenden Kontakten:

06071 / 49874-2401 oder pra.noelle@sun-apo.de

Ich freue mich auf die zukünftige Zusammenarbeit mit Ihnen und dem Team des Heinrich Gerold Hauses und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Nôelle Pra

Leitung Blisterzentrum Sonnen-Apotheke Groß-Zimmern
Fachapothekerin für Allgemeinpharmazie



Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum

Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.

Wilhelm-Leuschner-Straße 27

64846 Groß – Zimmern

www.sun-apo.de

Telefon 06071 – 498742420

Telefax 06071 – 498742490

E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

FB 08-103.1

DRK Heinrich-Gerold-Haus, Am Schloßberg 5, 64372 Ober-Ramstadt

Pflegeeinrichtung

Bewohner/in, Kunde/in, Name, Vorname

Geburtsdatum: _____

Wohnbereich

☐ gesetzlich ☐ privat

Krankenkasse

zuzahlungsbefreit von: _____ bis: _____

ACHTUNG, nur bei Vorliegen der Befreiung(-kopie)
berücksichtbar >> zeitnah an die Apotheke faxen/mailen

Hausarzt/-in, Name, Anschrift, Telefonnummer

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

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die aktuelle Datenschutzerklärung liegt in der Apotheke und in der Pflegeeinrichtung aus.

Sofern eine Rücksprache mit meinem/r behandelnden Arzt/in aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein(e) Apotheker/in mit diesem/r Kontakt aufnimmt. Ebenso stimme ich zu, dass die Apotheke den/die bislang verschreibenden Arzt/in darüber informiert, wenn die mir verordnete Medikation zur Neige geht.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftliche Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten spätestens zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Hiermit bestimme ich die Sonnen-Apotheke, Wilhelm-Leuschner-Str. 27, 64846 Groß-Zimmern als meine beliefernde Hausapotheke. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden. Mein Recht auf freie Apothekenwahl bleibt unberührt.

Der/die Bewohner/in oder Kunde/in ist bereits Kunde/in in der Sonnen-Apotheke in Groß-Zimmern oder der Odenwald-Apotheke in Nieder-Modau: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. gesetzliche/r Vertreter/in (Vollmacht)

b.w.



Sonnen – Apotheke

Blisterzentrum

Apotheker Dr.rer.nat. Gerald v. Schumann e.K.

Wilhelm-Leuschner-Straße 27

64846 Groß – Zimmern

www.sun-apo.de

Telefon 06071 – 498742420

Telefax 06071 – 498742490

E-Mail blisterzentrum@sun-apo.de

Rechnungsstellung >>Bitte unten stehendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen.<<

Rechnungsanschrift

Telefon Angehörige / Betreuer/in

- ☐ Ich stimme dem Rechnungsversand per E-Mail an die von mir angegebene E-Mail Adresse zu. Der Versand erfolgt unverschlüsselt und enthält ggf. Privatrezepte in pdf. Format im Anhang. Meine E-Mail Adresse lautet: _____
- ☐ Ich bitte um Zusendung der Rechnungen per Post.
- ☐ Ich benötige zu Abrechnungszwecken die Zusendung der Privatrezepte. Sollte ich selbst nicht mehr in der Lage sein die Abrechnung durchzuführen, so trete ich diese an die Apotheke/Krankenkasse ab. Somit darf die Sonnen-Apotheke im Bedarfsfall mit meiner Krankenkasse offene Rechnungen direkt abrechnen.

SEPA-Lastschrift-Formular zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift.

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

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

Name, Vorname des/der zahlungspflichtigen Kunden/in: _____

Kontoinhaber/in (falls abweichend): _____

Bank: _____

IBAN: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/in oder des/der Kontobevollmächtigten
(ggf.Vollmacht in Kopie beifügen)

APO Bank
IBAN: DE32 3006 0601 0205
796237 BIC: DAAEDEDXXX

Steuer-Nr.: 0886830967
USt-IdNr: DE255405463
Amtsgericht Darmstadt HRA 31545

Ärztliche Feststellung über Art, Umfang und Auswirkung der Behinderungen / der Erkrankungen

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
----------------	---------------

1. Diagnose und Befunde

☐ Diabetes mellitus ☐ Glaukorn ☐ Herzschrittmacher ☐ Dekubitus ☐ Sonderernährung

☐ Bösartige Erkrankungen: _____

☐ Allergien: _____

2. Bestehen ansteckende Krankheiten (einschließlich Tbc)?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

3. Bestehen funktionelle Einbußen im körperlichen Bereich?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

3.1 Bestehen Seh-, Hör- und/oder Sprachstörungen?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

4. Bestehen funktionelle Einbußen im geistig/seelischen Bereich?

☐ nein ☐ ja, folgende: _____

5. Wird die Einrichtung einer Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes für erforderlich gehalten?

☐ nein ☐ ja, weil _____

6. Vorschläge für sonstige Maßnahmen/ Hilfsmittel:

(Ort, Datum)

(Unterschrift und Stempel des Arztes/der Ärztin)

Aufstellung der Heimentgelte in der Fix/Flex-Kurzzeitpflege ab 01.01.2026

		Pflegegrad 1	Pflegegrade 2-5			
1.	Pflegebedingtes Entgelt	125,76 €	125,76 €			
2.	Unterkunft	24,05 €	24,05 €			
3.	Verpflegung	16,03 €	16,03 €			
4.	Investitionskosten	28,72 €	28,72 €			
5.	Ausbildungszuschlag	2,05 €	2,05 €			
6.	Ausbildungsumlage-Zuschlag	4,36 €	4,36 €			
	Heimkosten gesamt (täglich)	200,97 €	200,97 €			
	Anteil Pflegekasse (1. + 5. + 6.) (täglich)		132,17 €			
	reicht ... Tage (bis Budget verbraucht)		26			
	Eigenanteil (täglich)	200,97 €	68,80 €			

Pflegekasse: Im Jahr steht ein Budget von max. 3.539 € (8 Wochen/Jahr-bei Pflegegrad 2-5) zur Verfügung. Dieser sogenannte gemeinsame Jahresbetrag gilt für die Kurzzeitpflege und die Verhinderungspflege (seit 1.7.25).

Kunden der Kurzzeitpflege müssen Ihre Versorgung mit Inkontinenzartikeln während ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung selbst sicherstellen.

Bei Abwesenheit ab dem 4. Kalendertag, werden 25% der Entgeltbestandteile Pflege u. Betreuung, sowie Unterkunft und Verpflegung u. Ausbildungszuschlag erstattet.

Aufstellung der Heimentgelte in der Kurzzeitpflege ab 01.12.2025

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegebedingtes Entgelt	59,83 €	78,43 €	95,33 €	112,95 €	120,87 €
2. Unterkunft	18,23 €	18,23 €	18,23 €	18,23 €	18,23 €
3. Verpflegung	12,15 €	12,15 €	12,15 €	12,15 €	12,15 €
4. Investitionskosten	28,72 €	28,72 €	28,72 €	28,72 €	28,72 €
5. Ausbildungszuschlag	0,14 €	0,14 €	0,14 €	0,14 €	0,14 €
6. Ausbildungsumlage-Zuschlag	4,36 €	4,36 €	4,36 €	4,36 €	4,36 €
Heimkosten gesamt (täglich)	123,43 €	142,03 €	158,93 €	176,55 €	184,47 €
Anteil Pflegekasse (1. + 5. + 6.) (täglich)		82,93 €	99,83 €	117,45 €	125,37 €
reicht ... Tage (bis Budget verbraucht)		42	35	30	28
Eigenanteil (täglich)	123,43 €	59,10 €	59,10 €	59,10 €	59,10 €

Die Pflegekassen leisten nach bewilligtem Antrag o.g. Tagessätze in den einzelnen Pflegegraden bis max. 3.539,- € pro Kalenderjahr und für max. 56 Tage.
Kunden der Kurzzeitpflege müssen Ihre Versorgung mit Inkontinenzartikeln während ihres Aufenthaltes in der Pflegeeinrichtung selbst sicherstellen.

Bei Abwesenheit ab dem 4. Kalendertag, werden 25% der Entgeltbestandteile Pflege u. Betreuung, sowie Unterkunft und Verpflegung u. Ausbildungszuschlag erstattet.

Aufstellung der monatlichen Gesamtheimentgelte ab 01.01.2026

(Berechnungsgrundlage: 30,42 Tage pro Monat)

	Ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegebedingtes Entgelt	1.507,31 €	1.988,86 €	2.756,66 €	3.270,76 €	3.806,76 €	4.047,69 €
2. Ausbildungsumlage-Zuschlag	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €
3. Ausbildungszuschlag	62,36 €	62,36 €	62,36 €	62,36 €	62,36 €	62,36 €
4. Leistungsbetrag der Pflegekasse gem. §43b SGB XI	0,00 €	131,00 €	805,00 €	1.319,00 €	1.855,00 €	2.096,00 €
5. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) am pflegebedingten Entgelt (1 + 2 + 3 - 4)	1.702,30 €	2.052,85 €	2.146,65 €	2.146,75 €	2.146,75 €	2.146,68 €
6. Unterkunft	621,78 €	621,78 €	621,78 €	621,78 €	621,78 €	621,78 €
7. Verpflegung	414,32 €	414,32 €	414,32 €	414,32 €	414,32 €	414,32 €
8. Investitionskosten	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €
9. Gesamtentgelt pro Monat (1 + 2 + 3 + 6 + 7 + 8)	3.508,03 €	3.989,58 €	4.757,38 €	5.271,48 €	5.807,48 €	6.048,41 €
10. Gesamtentgelt pro Tag (9. / 30,42)	115,32 €	131,15 €	156,39 €	173,29 €	190,91 €	198,83 €
11. Davon Eigenanteil pro Monat (9 - 4)	3.508,03 €	3.858,58 €	3.952,38 €	3.952,48 €	3.952,48 €	3.952,41 €
12. Davon Eigenanteil pro Tag (11. / 30,42)	115,32 €	126,84 €	129,93 €	129,93 €	129,93 €	129,93 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug bis 12 Monate nach SGB XI §43c	x	x	322,00 €	322,01 €	322,01 €	322,00 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 12 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	644,00 €	644,03 €	644,03 €	644,00 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 24 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	1.073,33 €	1.073,38 €	1.073,38 €	1.073,34 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 36 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	1.609,99 €	1.610,06 €	1.610,06 €	1.610,01 €

Ab 01.01.2017 wird aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II jeder volle Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage - mit 30,42 Tagen abgerechnet.

Beim täglichen und monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) in den Pflegegraden 2 bis 5 ergeben sich systembedingt Rundungsdifferenzen im Cent-Bereich.

Ab 01.01.2017 verändert sich bei einer Höherstufung innerhalb der Pflegegrade 2 bis 5 – bis auf die o.g. Rundungsdifferenzen – der Eigenanteil des Bewohners nicht mehr.

Bei Abwesenheit ab dem 4. Kalendertag, werden 25% der Entgeltbestandteile Pflege u. Betreuung, sowie Unterkunft und Verpflegung u. Ausbildungszuschlag erstattet.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wurde der §43 c SGB XI neu eingeführt. Er tritt am 01. Januar 2022 in Kraft.

Der Gesetzestext lautet in Auszügen:

§43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach §43 beziehen, erhalten einen **Leistungszuschlag** in Höhe von 15 Prozent zu ihres zu zahlenden Eigenanteils an den Pflegebedingten Aufwendungen (siehe Tabelle unter Punkt 4 EEE)

... die seit mehr als 12 Monaten Leistungen... beziehen... 30 Prozent...

... die seit mehr als 24 Monaten Leistungen... beziehen... 50 Prozent...

... die seit mehr als 36 Monaten Leistungen... beziehen... 75 Prozent...

Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach §43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach §43 bezogen worden sind, berücksichtigt.

Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil.

Aufstellung der monatlichen Gesamtheimentgelte ab 01.12.2025

(Berechnungsgrundlage: 30,42 Tage pro Monat)

	Ohne Pflegegrad	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegebedingtes Entgelt	1.363,42 €	1.820,03 €	2.385,84 €	2.899,94 €	3.435,94 €	3.676,87 €
2. Ausbildungsumlage-Zuschlag	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €	132,63 €
3. Ausbildungszuschlag	4,26 €	4,26 €	4,26 €	4,26 €	4,26 €	4,26 €
4. Leistungsbetrag der Pflegekasse gem. §43b SGB XI	0,00 €	131,00 €	805,00 €	1.319,00 €	1.855,00 €	2.096,00 €
5. Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) am pflegebedingten Entgelt (1 + 2 + 3 - 4)	1.500,31 €	1.825,92 €	1.717,73 €	1.717,83 €	1.717,83 €	1.717,76 €
6. Unterkunft	554,56 €	554,56 €	554,56 €	554,56 €	554,56 €	554,56 €
7. Verpflegung	369,60 €	369,60 €	369,60 €	369,60 €	369,60 €	369,60 €
8. Investitionskosten	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €	769,63 €
9. Gesamtentgelt pro Monat (1 + 2 + 3 + 6 + 7 + 8)	3.194,10 €	3.650,70 €	4.216,52 €	4.730,61 €	5.266,61 €	5.507,54 €
10. Gesamtentgelt pro Tag (9. / 30,42)	105,00 €	120,01 €	138,61 €	155,51 €	173,13 €	181,05 €
11. Davon Eigenanteil pro Monat (9 - 4)	3.194,10 €	3.519,70 €	3.411,52 €	3.411,61 €	3.411,61 €	3.411,54 €
12. Davon Eigenanteil pro Tag (11. / 30,42)	105,00 €	115,70 €	112,15 €	112,15 €	112,15 €	112,15 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug bis 12 Monate nach SGB XI §43c	x	x	257,66 €	257,67 €	257,67 €	257,66 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 12 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	515,32 €	515,35 €	515,35 €	515,33 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 24 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	858,87 €	858,91 €	858,91 €	858,88 €
monatlicher Abzug: bei einem Leistungsbezug ab 36 Monaten nach SGB XI §43c	x	x	1.288,30 €	1.288,37 €	1.288,37 €	1.288,32 €

Ab 01.01.2017 wird aufgrund des Pflegestärkungsgesetzes II jeder volle Monat – unabhängig von der tatsächlichen Anzahl der Kalendertage - mit 30,42 Tagen abgerechnet.

Beim täglichen und monatlichen einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE) in den Pflegegraden 2 bis 5 ergeben sich systembedingt Rundungsdifferenzen im Cent-Bereich.

Ab 01.01.2017 verändert sich bei einer Höherstufung innerhalb der Pflegegrade 2 bis 5 – bis auf die o.g. Rundungsdifferenzen – der Eigenanteil des Bewohners nicht mehr.

Bei Abwesenheit ab dem 4. Kalendertag, werden 25% der Entgeltbestandteile Pflege u. Betreuung, sowie Unterkunft und Verpflegung u. Ausbildungszuschlag erstattet.

Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes (GVWG) wurde der §43 c SGB XI neu eingeführt. Er tritt am 01. Januar 2022 in Kraft.

Der Gesetzestext lautet in Auszügen:

§43c Begrenzung des Eigenanteils an den pflegebedingten Aufwendungen

Pflegebedürftige der Pflegegrade 2 bis 5, die bis einschließlich 12 Monate Leistungen nach §43 beziehen, erhalten einen **Leistungszuschlag** in Höhe von 15 Prozent zu ihres zu zahlenden Eigenanteils an den Pflegebedingten Aufwendungen (siehe Tabelle unter Punkt 4 EEE)

... die seit mehr als 12 Monaten Leistungen... beziehen... 30 Prozent...

... die seit mehr als 24 Monaten Leistungen... beziehen... 50 Prozent...

... die seit mehr als 36 Monaten Leistungen... beziehen... 75 Prozent...

Bei der Bemessung der Monate, in denen Pflegebedürftige Leistungen nach §43 beziehen, werden Monate, in denen nur für einen Teilzeitraum Leistungen nach §43 bezogen worden sind, berücksichtigt.

Die Pflegeeinrichtung, die den Pflegebedürftigen versorgt, stellt der Pflegekasse des Pflegebedürftigen neben dem Leistungsbetrag den Leistungszuschlag in Rechnung und dem Pflegebedürftigen den verbleibenden Eigenanteil.

Unser Rundumservice für Sie – die professionelle Pflege Ihrer persönlichen Wäsche.

Die professionelle Pflege: Die persönliche Wäsche und Kleidung ist ein wichtiger Teil Ihrer Privatsphäre. Wir sind uns bewusst, wenn Sie diese zur Pflege aus der Hand geben, möchten Sie einen verantwortungsvollen und verlässlichen Partner, der Ihre Wäsche mit höchster Sorgfalt behandelt. Und der darüber hinaus sicherstellt, dass Ihre Kleidung wieder zu dem von Ihnen gewünschten Zeitpunkt bei Ihnen schrankfertig eintrifft. Diesen Service übernehmen wir gern für Sie.

Unser Rundumservice: Er besteht aus vielen Einzelschritten, die sich zu einer ganzheitlichen Dienstleistung zusammenfügen und beinhaltet die

- persönliche Kennzeichnung der einzelnen Wäscheteile zur computer-unterstützten Identifizierung jedes Einzelteils
- Registrierung aller Wäscheteile beim Wäscheein- und Ausgang in einer Datenbank - somit wissen wir immer wo sich Ihre Kleidung gerade befindet
- hochwertige und fachmännisch ausgeführte Pflege ihrer Textilien, je nach Anforderung des einzelnen Wäschestücks
- chemischen Reinigungsartikel werden separat bearbeitet
- Auslieferung der Wäsche mit persönlicher Kennzeichnung bis zu Ihrem Wohnbereich
- regelmäßige Betreuung durch unsere Vertriebsmitarbeiter vor Ort und unsere Kundenbetreuung
Ein Rundumservice der keine Wünsche offen lässt.

Textilservice Jöckel GmbH & Co. KG

Oberste Elpersweide 3
36304 Alsfeld (Hessen)
Tel: 06631.7930-0
Fax: 06631.7930-200

Industriestraße 24
98544 Zella-Mehlis (Thüringen)
Tel: 03682.876-0
Fax: 03682.876-91

www.textilservice-joeckel.de

So einfach funktioniert unser Bewohner-Wäscheservice im Einzelnen:

- Sie erhalten von uns eine Wäschetonne und auf Ihren Namen gekennzeichnete Wäschesäcke, die nur Sie persönlich benutzen.
- In diese Wäschesäcke entsorgen Sie Ihre eigene Schmutzwäsche.
- Bitte entfernen Sie vorher alle Gegenstände, Gürtel und Hosenträger, die sich in den Taschen oder an der Kleidung befinden.
- Es erfolgt dann eine regelmäßige Entsorgung der mit Ihrer Schmutzwäsche befüllten Wäschesäcke durch Ihr Betreuungs-/Pflegepersonal vor Ort.
- Die Wäsche wird zentral durch unseren Service-Fahrer in Ihrer Einrichtung abgeholt.
- In unserem Betrieb werden Ihre Textilien auf Sie gekennzeichnet, sortiert, gewaschen, maschinell getrocknet, maschinell geglättet und gelegt. Und in einem auf Ihre Person gekennzeichneten Wäschepäckchen verpackt.
- Falls Sie das erste Mal Wäsche zu uns geben, ist es nicht notwendig, diese im sauberen Zustand zur Kennzeichnung abzugeben.
- Die Wäsche wird dann schrankfertig von unserem Fahrer wieder in Ihre Einrichtung gebracht und auf die Wohnbereiche verteilt. Auf diesem Weg erhalten Sie Ihre persönliche Wäsche wieder zurück.

Wichtiger Hinweis:



- Die chemischen Reinigungsartikel werden separat bearbeitet und gepflegt.
- Diesen Prozess können Sie umgehen, in dem Sie bei der Neuanschaffung von Textilien darauf achten, dass diese bei mind. 40°C maschinenwaschbar und insbesondere auch trocknergeeignet sind. Darüber hinaus sollten diese auch bleichbar sein, da wir mit einem desinfizierenden Waschverfahren arbeiten.

Ihr persönlicher Wäschebestand und die empfohlene Wäschequalität:

Bei einem Aufenthalt in einem Wohn- oder Pflegeheim ändert sich der Wäscheumlauf erheblich für Sie. Es fällt täglich viel mehr Wäsche an als Zuhause. Die Pflegeheime sind an bestimmte hygienische Anforderungen bei der Pflege von Wäsche und Kleidung gebunden.

Empfohlener Wäschebedarf:

- ca. 15 Kombinationen Oberbekleidung (Röcke, Hosen, Pullover, T-Shirts, Strickjacken, Hemden, Kleidung)
- ca. 10 – 15 Jogging bzw. Hausanzüge oder ähnliche bequeme Kleidung
- ca. 25 – 30 Nachthemden oder Schlafanzüge
- ca. 25 – 30 Garnituren Leibwäsche
- ca. 25 – 30 Paar Socken

Bei Neukauf :



Bitte berücksichtigen Sie, dass der Einlauf von Baumwollgeweben bei ca. 10 % liegt und bis 2 Kleidergrößen ausmachen kann.

Vermeiden Sie jeden Wollanteil, auch wenn die Stücke als waschbar gekennzeichnet sind.

Textilservice Jöckel GmbH & Co. KG

Oberste Elpersweide 3

36304 Alsfeld

Vereinbarung: Chemische Reinigung

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie dieses per Fax
an folgende Nummer: **06631/7930 - 266**
oder per E-Mail an: **kundenservice@textilservice-joeckel.de**

Kundennummer: 10977

Name der Einrichtung: DRK Heinrich-Gerold-Haus

Name des Bewohners: _____

Name des Angehörigen/Betreuers: _____

Datum: _____

Hiermit erteile ich die Genehmigung, daß alle Kleidungsstücke des oben genannten Bewohners durch die Firma Textilservice Jöckel (Wäscherei) im normalen Waschverfahren gewaschen und getrocknet werden können. Ich bitte darum, keine Kleidungsstücke in die chemische Reinigung zu geben.

Ich bin hiermit darüber informiert worden, daß die Wäscherei für eventuelle Schäden an Kleidungsstücken, die normalerweise der chemischen Reinigung zugeführt werden müssen, keine Haftung übernimmt.

Unterschrift _____ Bewohner /Angehöriger /Betreuer

Datenschutzhinweise des DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH – gültig ab 25.05.2018

Die nachfolgenden Datenschutzhinweise geben Ihnen einen Überblick über die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten.

Der DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH (nachfolgend DRK genannt) ist sich der Sensibilität Ihrer personenbezogenen Daten wohl bewusst und verarbeitet diese verantwortungsbewusst und im Einklang mit den jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen. Sämtliche Informationen, die einen Bezug zu Ihrer Person aufweisen können, gelten als personenbezogene Daten im Sinne dieser Information. Die im Folgenden zusammengestellten Informationen sollen Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns aufklären. Darüber hinaus geben wir Ihnen einen Überblick über Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht. Welche Daten im Einzelnen verarbeitet und auf welche Weise genutzt werden, richtet sich maßgeblich nach den vereinbarten, beantragten oder nachgefragten Leistungen, des Mitarbeiter- oder Mitgliedschaftsverhältnisses oder anderen Beziehungen zum DRK.

1. Verantwortliche Stelle und Datenschutzbeauftragter

Verantwortliche Stelle ist:

DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH
Hinter den Zäunen 1
64342 Seeheim-Jugenheim

Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter:

Herr Michael Kelemen
Datenschutzbeauftragter
Dr. Ernst-Braun-Straße 11a
63500 Seligenstadt
Tel.: 0163/2941074
E-Mail: datenschutzperso@outlook.com

2. Quelle der personenbezogenen Daten

Wir verarbeiten personenbezogene Daten, die wir aus unseren

- Geschäftsbeziehung mit Kunden und Dienstleistern,
- Mitgliedschaftsverhältnissen mit Vereinsmitgliedern oder freiwilligen Mitarbeitern (rein freiwillig oder FSJ, BFD,...),
- Angestelltenverhältnissen und Bewerbungskontakten mit Mitarbeitern oder (Initiativ-)Bewerbern,
- Arbeitsverhältnissen im Rahmen sog. 1-Euro-Jobs oder gemeinnützigen Arbeitsaufträgen,
- Förderer- und Unterstützerkontakten (z.B. Spender) oder nur von an der Arbeit des DRK Interessierten erhalten.

Im Folgenden werden alle diese Quellen sinngemäß mit *Geschäftspartnern, Mitgliedern, Mitarbeitern, Förderer oder Interessenten* bezeichnet.

Des Weiteren verarbeiten wir – sollte dies für die Erbringung unserer Leistung erforderlich sein – personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen zulässigerweise gewinnen oder von sonstigen Dritten (z. B. einer Auskunft) oder von den in der Region Darmstadt-Dieburg tätigen DRK-Verbänden/Gesellschaften (hier: DRK-KV Darmstadt-Stadt e.V., DRK-KV Dieburg e.V., DRK-Rettungs- und Sozialdienste Starkenburg GmbH, DRK-Volunta GmbH, DRK-Alice-Schwesterschaft) berechtigt übermittelt werden.

3. Kategorie personenbezogener Daten, die verarbeitet werden

Wir verarbeiten folgende Kategorien von personenbezogenen Daten:

- Stammdaten (z. B. Name, Anschrift, Geburtsdatum)
- Auftragsdaten (z. B. Adresse von vertraglichen Erfüllungsorten, Daten von Auftraggebern)
- Daten zur Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen (z. B. Umsatzdaten, Vertragslaufzeiten)
- Informationen über Korrespondenz (z. B. Schriftverkehr mit Ihnen) und Bonität (z.B. bei Mahn- und Inkassoverfahren)
- Werbe- und Vertriebsdaten (z. B. Ihre Einwilligung zu Produktinformationen, Newslettern) sowie andere mit den genannten Kategorien vergleichbare Daten.

4. Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen und Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Der DRK verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten unter Einhaltung der jeweils anwendbaren gesetzlichen Datenschutzanforderungen. Dabei ist die Verarbeitung rechtmäßig, wenn mindestens eine der nachstehenden Bedingungen erfüllt ist:

a) Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 a DSGVO)

Die Rechtmäßigkeit für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist bei Einwilligung zur Verarbeitung für festgelegte Zwecke (z. B. Weitergabe von Daten innerhalb der DRK-Verbände/Gesellschaften (siehe 2.)), Verwendung der Daten für Dialogzwecke und Direktansprachen für z.B. Dienstleistungen, Spenden u.ä. gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind.

b) zur Erfüllung von vertraglichen Pflichten oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen (Art. 6 Abs. 1 b DSGVO)

Um unsere vertraglichen Pflichten zur Erbringung von Leistungen für *Geschäftspartner, Mitgliedern, Mitarbeitern, Förderer oder Interessenten* nachzukommen oder auch zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Anfrage erfolgen, verarbeiten wir Daten. Die Zwecke der Datenverarbeitung ergeben sich in erster Linie aus der konkreten Leistung oder Beziehung und können unter anderem Bedarfsanalysen und Beratung umfassen. Die weiteren Einzelheiten zu den Datenverarbeitungszwecken können Sie den entsprechenden

c) Aufgrund gesetzlicher Vorgaben (Art. 6 Abs. 1 c DSGVO) oder im öffentlichen Interesse (Art. 6 Abs. 1 e DSGVO)

Der DRK unterliegt unterschiedlichen rechtlichen Verpflichtungen. Hieraus ergeben sich gesetzlichen Anforderungen (z. B. handels- und steuerrechtlichen Aufbewahrungsvorschriften nach Handelsgesetzbuch/Abgabenordnung oder Sozialgesetzbüchern). Darüber hinaus unterliegt der DRK vereins- und satzungsrechtlichen Anforderungen (z.B. Aufzeichnung über Mitgliederbestand). Zu den Zwecken der Verarbeitung gehören unter anderem die Erfüllung steuerrechtlicher Kontroll- und Meldepflichten, Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedern (im Sinn von Mitglied und Mitarbeit) des Vereins und auch die Risikobewertung und -steuerung im DRK.

d) Im Rahmen der Interessenabwägung (Art. 6 Abs. 1 f DSGVO)

Sollte es erforderlich sein, verarbeiten wir Ihre Daten (die von *Geschäftspartnern, Mitgliedern, Mitarbeitern, Förderer und Interessenten*) über die eigentliche Erfüllung des bestehenden Verhältnisses (z.B. Vertrag, Mitgliedschaft) hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten. Beispiele sind:

- Revision und Verbesserung von Verfahren zur allgemeinen Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Produkten und Dienstleistungen,
- Werbung, Markt- und Meinungsforschung, sofern Sie der Nutzung Ihrer Daten nicht widersprochen haben,
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten
- Verhinderung, Aufklärung bzw. Prävention bei Straftaten
- Sicherstellung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- Beratung durch und Datenaustausch mit Auskunfteien zur Ermittlung von Bonitäts- bzw. Ausfallrisiken

5. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Innerhalb des DRK sind die Stellen zugriffsberechtigt, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen, gesetzlichen oder vereinsrechtlichen Pflichten benötigen. Der DRK lässt außerdem einzelne der vorgenannten Prozesse und Serviceleistungen durch sorgfältig ausgewählte und datenschutzkonform beauftragte Dienstleister ausführen, die ihren Sitz innerhalb der EU haben. Dies sind Unternehmen in den Kategorien IT-Dienstleistungen, Zahlungsverkehr, Druckdienstleister, Abrechnung, Mitglieder- und Spenderbetreuung und -verwaltung, Inkasso und Beratung sowie Vertrieb und Marketing sowie Dienstleister, die wir im Rahmen von Auftragsverhältnissen heranziehen.

Im Hinblick auf die Datenweitergabe an weitere Empfänger dürfen wir Informationen über Sie nur weitergeben, wenn gesetzliche Bestimmungen dies erfordern, Sie eingewilligt haben oder wir zur Weitergabe befugt sind. Sind diese Voraussetzungen gegeben, können Empfänger personenbezogener Daten u. a. sein:

- Öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Finanzbehörden, Jobcenter,...), bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung
- Andere Unternehmen oder vergleichbare Einrichtungen, an die wir zur Durchführung der Geschäftsbeziehung mit Ihnen personenbezogene Daten übermitteln (z. B. Banken, Inkassounternehmen, Auskunfteien)
- Andere Unternehmen innerhalb des DRK

Weiterführend können auch andere Stellen Datenempfänger sein, sofern Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben.

6. Übermittlung von personenbezogenen Daten an ein Drittland oder eine internationale Organisation

Eine aktive Übermittlung von personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation findet nicht statt.

7. Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden und Kriterien zu deren Festlegung

Die Kriterien zur Festlegung der Dauer der Speicherung ergeben sich nach Ende des Zwecks und der sich daran anschließenden gesetzlichen Aufbewahrungsfrist. Daten, die für die Erbringung vertraglicher, gesetzlicher oder vereinsrechtlicher Pflichten nicht mehr erforderlich sind, werden regelmäßig gelöscht. Es sei denn, deren – befristete und ggf. eingeschränkte – Weiterverarbeitung ist erforderlich zu folgenden Zwecken:

- Erfüllung handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten (z.B. Handelsgesetzbuch (HGB), Abgabenordnung). Hier sind Aufbewahrungs- bzw. Dokumentationsfristen bis zu 10 Jahre vorgegeben.
- Erhaltung von Beweismitteln im Rahmen der gesetzlichen Verjährungsvorschriften: Gemäß den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist 3 Jahre, unter besonderen

Vertragsunterlagen, Geschäftsbedingungen, Aufnahmeanträgen oder Satzungen bzw. Ordnungen entnehmen.	Umständen allerdings bis zu 30 Jahren. - Einhaltung weiterer Gesetze (z.B. Telekommunikationsgesetz (TKG))
8. Datenschutzrechte Jede und jeder Betroffene hat das Recht auf Auskunft nach Artikel 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Artikel 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Artikel 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Artikel 18 DSGVO, das Recht auf Widerspruch aus Artikel 21 DSGVO sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit aus Artikel 20 DSGVO. Beim Auskunftsrecht und beim Löschungsrecht gelten die Einschränkungen nach §§ 34 und 35 BDSG. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde (Artikel 77 DSGVO i. V. m. § 19 BDSG). Eine erteilte Einwilligung in die Verarbeitung personenbezogener Daten können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft uns gegenüber widerrufen. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der Datenschutz-Grundverordnung, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. 9. Verpflichtung zur Bereitstellung und mögliche Folgen einer Nichtbereitstellung von Daten Im Rahmen unserer Beziehung zu Ihnen als <i>Geschäftspartner, Mitglied, Mitarbeiter, Förderer oder Interessenten</i> müssen Sie diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Anbahnung, Aufnahme, Durchführung und Abwicklung der jeweiligen Beziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung der DRK gesetzlich verpflichtet ist. Ohne diese Daten werden wir in der Regel nicht in der Lage sein, die gewünschte Beziehung mit Ihnen eingehen zu können. 10. Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich profiling Der DRK nutzt grundsätzlich keine automatisierten Entscheidungsfindungen gemäß Artikel 22 DSGVO. Sollten dies in Einzelfällen einsetzen werden, wird der DRK Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.	Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Artikel 21 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) 1. Einzelfallbezogenes Widerspruchsrecht 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 Absatz 1 Buchstabe e DSGVO (Datenverarbeitung im öffentlichen Interesse) und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmung gestütztes Profiling im Sinne von Artikel 4 Nr. 4 DSGVO. 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. 2. Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung von Daten für Zwecke der Direktwerbung In Einzelfällen verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, um direkte Ansprache, Information oder Werbung zu betreiben. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger direkter Ansprache, Information oder Werbung einzulegen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es hiermit in Verbindung steht. Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Ansprache, Information oder Werbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und sollte möglichst gerichtet werden an: DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH Hinter den Zäunen 1 64342 Seeheim-Jugenheim info@drk-darmstadt-land.de

Hinweise zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann sich der Pflegegast wenden?

Für die Datenverarbeitung ist verantwortlich DRK Soziale Dienste Darmstadt-Dieburg gGmbH, Hinter den Zäunen 1, 64342 Seeheim-Jugenheim, Tel.: 06257-97090.

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter ist Herr Michael Kelemen Datenschutzbeauftragter, Dr. Ernst-Braun-Straße 11a, 63500 Seligenstadt, Tel.: 0163/2941074,
E-Mail: datenschutzperso@outlook.com

Der Pflegegast hat ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde: Der hessische Datenschutzbeauftragte Prof. Dr. Michael Ronellenfitsch, Postfach 3163, 65021 Wiesbaden.

Welche Daten nutzen wir und woher beziehen wir diese?

Wir verarbeiten insbesondere solche personenbezogenen Informationen, die wir im Rahmen des Vertragsschlusses und während der Vertragsdurchführung erhalten.

Dies sind grundsätzlich die Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtsdatum und -ort, Staatsangehörigkeit) des Pflegegasts, aber auch uns benannter Angehöriger/Vertreter, die wir von dem Pflegegast erhalten.

Es können auch Daten über die finanzielle Situation des Pflegegasts, beispielsweise über den Bezug von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenbezüge oder den Bezug weiterer Leistungen wie Sozialhilfe sein.

Zu den verarbeiteten Daten gehören auch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie zum Beispiel Gesundheitsdaten, die wir vom Pflegegast oder dessen Vertreter erhalten, wie medizinische Befunde, ärztliche Verordnungen, MDK-Gutachten, Bescheide über die Einstufung in Pflegegrade, Dokumentationsdaten aus einer Pflege- und Wunddokumentation etc.

Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erfüllung unserer Leistungen erforderlich – personenbezogene Daten, auch Gesundheitsdaten, die wir von anderen Unternehmern oder sonstigen am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Dritten (Ärzten, Apothekern, Ergo- und Physiotherapeuten, Krankenhäusern, Hilfsmittellieferanten, Friseuren, Fußpflegern, Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, etc.) zulässigerweise, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Durchführung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer gesonderten Einwilligung des Pflegegasts, erhalten haben.

Schließlich verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Standes- und Grundbuchämter, Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Insolvenzregister) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.

Wozu verarbeiten wir die Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind Artikel 6 Abs. 1 a) - d), f), 9 Abs. 2 a), c), h) und i) der Datenschutz-Grundverordnung sowie §§ 22 Abs. 1 Nr. 1 b) und c), 24 des Bundesdatenschutzgesetzes.

Die Verarbeitung erfolgt vorrangig zur Erfüllung vertraglicher Pflichten (Artikel 6 Abs. 1 b), 9 Abs. 2 h)), nämlich der Erbringung unserer Leistungen. Dies kann die interne Verarbeitung beispielsweise zur Planung und Durchführung der Betreuungs- und Pflegemaßnahmen sein, aber auch die Konsultation und der Datenaustausch mit Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Apothekern oder sonstigen an der Erbringung der Leistungen beteiligten Dritten wie Wäschereien oder Cateringunternehmen.

Soweit erforderlich, verarbeiten wir die Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten (Artikel 6 Abs. 1 f), 9 Abs. 2 f)), beispielsweise in folgenden Fällen:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern zur Abrechnung unserer Leistungen;
- Konsultation von und Datenaustausch mit Abrechnungsdienstleistern zur Abrechnung unserer Leistungen, sei es, dass diese uns von den Kranken- und Pflegekassen benannt wurden oder dass wir die Abrechnung einem Abrechnungsdienstleister übertragen haben;
- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunftfeien zur Ermittlung von Bonitäts- und Ausfallrisiken;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Weiterhin unterliegen wir diversen gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen (z. B. dem Infektionsschutzgesetz, landesheimrechtlichen Regelungen und den Regelungen der Sozialgesetzbücher). Zu den Zwecken der Verarbeitung in diesem Zusammenhang (Artikel 6 Abs. 1 c), 9 Abs. 2 i)) gehören unter anderem Meldepflichten an gesetzlich benannte Stellen, zum Beispiel im Falle des Auftretens meldepflichtiger Erkrankungen.

Auch eine Einwilligung zur Verarbeitung der Daten für bestimmte Zwecke (Artikel 6 Abs. 1 a), 9 Abs. 2 a)) berechtigt uns zur Verarbeitung. Für diese Fälle haben wir **die Anlage 8** beigelegt, aus der Sie ersehen können, zu welchen Zwecken wir Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung erbitten. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt jedoch nur für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

Wer erhält Daten des Pflegegasts?

Die personenbezogenen Daten werden nur den Mitarbeitern oder Dritten zugänglich gemacht, die für die entsprechenden Aufgaben zuständig sind. Gesundheitsdaten werden nur den Mitarbeitern oder Dritten zugänglich gemacht, die einer entsprechenden Schweigepflicht unterliegen und unter deren Verantwortung verarbeitet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit dies für die Vertragsdurchführung oder aus den oben dargestellten Gründen erforderlich ist, beispielsweise zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Kostenträgern, zum Austausch mit anderen am Pflege- und

Betreuungsgeschehen beteiligten Leistungserbringern, mit Kooperationspartnern wie Caterer, Wäschereien und Reinigungsunternehmen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten etc.

Auch von uns eingesetzte Auftragsdatenverwalter können zu den genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind beispielsweise unsere IT-Dienstleister, aber auch von uns mit der Abrechnung der Leistungen beauftragte Abrechnungsunternehmen. Diese sind vertraglich verpflichtet, die Daten ausschließlich für die von uns vorgegebenen Aufgaben zu verwenden.

Eine darüber hinausgehende Verarbeitung bedarf der ausdrücklichen und jederzeit widerruflichen Einwilligung des Pflegegasts.

Wie lange werden die Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten für die Dauer des Vertragsverhältnisses, was auch die Anbahnung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses umfasst.

Die Daten können über die Beendigung des Vertrages hinaus gespeichert werden, soweit dies zur Abwicklung des Vertrages, zur Rechtsverfolgung bzw. -verteidigung oder zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist. So unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) sowie den auf Basis der Sozialgesetzbücher geschlossenen Landesrahmenverträgen ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis zehn Jahre.

Die Speicherdauer im Falle der Abwicklung des Vertrages, zur Rechtsverfolgung bzw. -verteidigung beurteilt sich nach den gesetzlichen Verjährungsvorschriften, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) in der Regel drei Jahre, in besonderen Fällen auch bis zu dreißig Jahren betragen können.

Welche Datenschutzrechte haben der Pflegegast und andere betroffene Personen?

Der Pflegegast und andere betroffene Personen haben das Recht auf **Auskunft** sowie auf **Berichtigung** oder **Löschung** oder auf **Einschränkung** der Verarbeitung der über sie erhobenen Daten, auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung sowie das Recht aus **Datenübertragbarkeit**.

Im Rahmen des Vertrages muss der Pflegegast grundsätzlich nur die Daten zur Verfügung stellen, die für den Abschluss, die Durchführung, Beendigung und Abwicklung des Vertrages erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind.

**Beschwerde- und Informationsmöglichkeiten -
gemäß § 3 des hessischen Gesetzes über Betreuungs- und Pflegeleistungen
i.V.m. § 3 WBG Wohn- und Betreuungsgesetz**

Sollten Sie noch weitere Fragen, oder doch einmal Grund zur Beschwerde haben, wenden Sie sich bitte an:

➤ **Die Mitarbeiter der Einrichtung**

Diese leiten Ihre Fragen und Wünsche gern an die entsprechenden Stellen weiter und nehmen bei Bedarf eine Beschwerde im Rahmen des Beschwerdemanagements schriftlich auf

➤ **Den Einrichtungsbeirat**

Frau Elke Plößer	Wohnbereich 1 Nord Modautal	Zimmer 101
Frau Irma Netscher	Wohnbereich 1 Neubau Mühlwiesen	Zimmer 133
Herr Georg Rückert	Wohnbereich 2 Nord Otzberg	Zimmer 225
Frau Hannelore Geißler	Wohnbereich 1 Süd Bergstraße	Zimmer 118
Frau Ursula Rückert	Wohnbereich 2 Nord Otzberg	Zimmer 225

➤ **Die Pflegedienstleitung**

Frau Bärbel Sharifian, Tel.: 06154 / 6399-12
email: Pflegedienstleitung@drk-darmstadt-land.de

➤ **Die Einrichtungsleitung / Geschäftsführung**

Herr Eric Winkler, Tel.: 06154 / 6399-11
email: Heimleitung@drk-darmstadt-land.de

➤ **Das Hessische Amt für Versorgung und Soziales**

Hessische Betreuungs- und Pflegeaufsicht
Schottener Weg 3 (am Messplatz), 64289 Darmstadt
Tel.: 06151 / 738-0, Fax: 0611 / 327644931
email: poststelle@havs-dar.hessen.de

➤ **Pflegestützpunkt Darmstadt-Dieburg**

Albinstraße 23, 64807 Dieburg
Tel.: 06071 / 881-2173, Fax: 06071 / 881-2174
email: pflegestuetspunkt@ladadi.de

Einwilligung in die Verarbeitung und Übermittlung von Daten

Frau / Herr

Name, Vorname des Pflegegasts

willigt ein **(im Falle der Einwilligung bitte ankreuzen)**, dass

☐ das DRK Heinrich Gerold Haus Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand, insbesondere den Pflegegrad des Pflegegasts, verarbeitet und an

☐ die den Pflegegast ambulant und stationär behandelnden Ärzte

sowie sonstige den Pflegegast behandelnden Personen wie

☐ Apotheker,

☐ Ergotherapeuten,

☐ Physiotherapeuten,

☐ Podologen (Fußpfleger),

☐ Logopäden,

☐ Ambulante Pflegedienste

übermittelt, soweit diese zur vertragsgemäßen Erbringung der in den jeweiligen Behandlungsverträgen vereinbarten Leistungen Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigen, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln, beispielsweise zur Fortführung der Leistungen nach einer Überleitung aus dem Heim;

☐ das DRK Heinrich Gerold Haus Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Pflegegasts, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und an externe Sachverständige zum Zwecke der Führung von Fallgesprächen und Supervisionen übermittelt;

Diese Erklärung ist jederzeit – auch teilweise – widerrufbar und gilt ansonsten über den Tod des Pflegegasts hinaus, bis die genannten Zwecke erreicht sind. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Der – auch teilweise – Widerruf kann jedoch dazu führen, dass das DRK Heinrich Gerold Haus seine Leistungen nicht mehr vertragsgemäß erbringen kann.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Pflegegasts bzw. seines Vertreters

Entbindung von der Schweigepflicht

Frau / Herr

Name, Vorname des Pflegegasts

entbindet **(im Falle des Einverständnisses bitte ankreuzen)**

- ☐ die den Pflegegast ambulant und stationär behandelnden Ärzte

sowie sonstige ihn behandelnde Personen wie

- ☐ Apotheker,
- ☐ Ergotherapeuten,
- ☐ Physiotherapeuten,
- ☐ Podologen (Fußpfleger),
- ☐ Logopäden,
- ☐ Ambulante Pflegedienste

von der Schweigepflicht gegenüber dem DRK Heinrich Gerold Haus, soweit dieses zur vertragsgemäßen Erbringung der in diesem Heimvertrag bezeichneten Leistungen, Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigt, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln;

- ☐ das DRK Heinrich Gerold Haus von der Schweigepflicht gegenüber den den Pflegegast ambulant und stationär behandelnden Ärzten

sowie sonstigen den Pflegegast behandelnden Personen wie

- ☐ Apothekern,
- ☐ Ergotherapeuten,
- ☐ Physiotherapeuten,
- ☐ Podologen,
- ☐ Logopäden,
- ☐ Ambulanten Pflegediensten,

soweit diese zur vertragsgemäßen Erbringung der in den jeweiligen Behandlungsverträgen vereinbarten Leistungen, Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigen, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heilmitteln, beispielsweise zur Fortführung der Leistungen nach einer Überleitung aus dem Heim;

- ☐ das DRK Heinrich Gerold Haus von der Schweigepflicht gegenüber externen Sachverständigen zum Zwecke der Führung von Fallgesprächen und Supervisionen;

Diese Erklärung ist jederzeit – auch teilweise – widerrufbar und gilt ansonsten über den Tod des Pflegegasts hinaus, bis die genannten Zwecke erreicht sind. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der Aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Entbindung von der Schweigepflicht nicht berührt. Der – auch teilweise – Widerruf kann jedoch dazu führen, dass das DRK Heinrich Gerold Haus seine Leistungen nicht mehr vertragsgemäß erbringen kann.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Pflegegasts bzw. seines Vertreters

Erklärung des Heimbewohners zur Wahl der Medikamentenversorgung

(Vor- und Zuname, Geburtsdatum des Bewohners)

Hausarzt:

Krankenkasse :

Zuzahlungsbefreiung **ja** ☐ , befristet bis **nein** ☐

Der Heimbewohner hat das Recht, die ihm verordneten und die vom ihm rezeptfrei gewünschten apothekenpflichtigen Medikamente und Medizinprodukte (nachfolgend kurz: Medikamente) von einer Apotheke seiner Wahl zu beziehen. Über den Bezug seiner Medikamente entscheidet der Heimbewohner frei und eigenverantwortlich. Um die ordnungsgemäße Versorgung der Heimbewohner mit Medikamenten sicherzustellen, schließt der Heimträger nach eigenem Ermessen mit Apotheken Versorgungsverträge gemäß § 12 a Apothekengesetz. Lieferungen von Medikamenten an Heime zur Versorgung der Heimbewohner sind gesetzlich nur zulässig, wenn mit der Apotheke ein solcher Versorgungsvertrag abgeschlossen ist. Wenn der Heimbewohner sich über diese Vertragsapotheken mit Medikamenten versorgen lassen möchte, kann er dem durch das Ankreuzen der entsprechenden Erklärung auf diesem Vordruck zustimmen.

Stimmt er zu, bestellt der Heimträger für ihn die Medikamente bei der Vertragsapothek, welche die Belieferung übernimmt. Der Heimträger nimmt die Medikamente für den Bewohner entgegen und verwahrt sie bewohnerbezogen. Wenn erforderlich, berät die Vertragsapothek den Bewohner. Stimmt der Heimbewohner nicht zu, muss er die Beschaffung der ihm verordneten und der von ihm gewünschten Medikamente eigenverantwortlich sicherstellen.

Der Heimträger hat mit folgenden Apotheken Versorgungsverträge abgeschlossen:

Sonnenapotheke – Blisterzentrum, Groß-Zimmern (alle Wohnbereiche)

☐ **Ich stimme** der Versorgung durch die Vertragsapothek/n **nicht zu**. Ich werde die mir verordneten und die von mir gewünschten Medikamente selbst von einer Apotheke meiner Wahl beschaffen.

☐ Der Versorgung durch die Vertragsapothek **stimme ich zu** und beauftrage die für meinen Wohnbereich zuständige Vertragsapothek (s.o.) die mir verordneten und die von mir gewünschten apothekenpflichtigen Medikamente zu liefern.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht auf freie Apothekenwahl habe und die Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters

Einwilligung in die Datenverarbeitung: Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zum Zweck der Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten vom Heim verarbeitet, an die Vertragsapothek e weitergegeben, von der Vertragsapothek e gespeichert und für diesen Zweck verwendet werden dürfen. Das schließt alle im Zusammenhang mit der Medikamentenversorgung relevanten Daten wie Diagnosen, ärztliche Anordnungen, Unverträglichkeiten, bereits verordnete oder eingenommene Medikamente etc. ein. Mir ist bekannt, dass diese Erklärung jederzeit widerrufen werden kann. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der Aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters

Vollmacht zum Leistungsnachweis für externe Therapeuten

Ich bin damit einverstanden, dass die Leistungsnachweise für erbrachte therapeutische Leistungen externer Anbieter (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) bzw. ausgestellte Rezepte für Therapien nach den erfolgten Anwendungen vom zuständigen Pflegepersonal des Heimes unterschrieben werden dürfen und erteile hierfür Vollmacht.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters

Einwilligung in Veröffentlichung bewohnerbezogener Daten innerhalb der Einrichtung

(Vor- und Zuname, Geburtsdatum und Geburtsort des Bewohners)

☐ Der Bewohner ist nicht mit der Veröffentlichung bewohnerbezogener Daten innerhalb der Einrichtung einverstanden.

☐ Der Bewohner erklärt sich einverstanden, dass sein Name, Wohnraum und ggf. Geburtsdatum außerhalb seines Zimmers in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten ausgehängt veröffentlicht werden. Dies bezieht sich auf folgende Bereiche (bitte die jeweils einschlägige Option ankreuzen, zu der eine Veröffentlichung gewünscht ist):

- ☐ Wegweiser zu den Bewohnerzimmern
- ☐ Türbeschilderung an den Bewohnerzimmern
- ☐ Geburtstagslisten in den einzelnen Wohngruppen

Eine Einwilligung ist freiwillig und unabhängig vom Abschluss und Bestand des Heimvertrages. Es besteht keine Verpflichtung des Heimbewohners, sie zu erklären. Der Bewohner kann eine erteilte Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters

Einwilligung in Herstellung und Verwendung von Foto-Aufnahmen

der/des _____
Name des Bewohners

geboren am _____ in _____

☐ Der Bewohner ist nicht damit einverstanden, dass von ihm Fotos aufgenommen werden.

☐ Der Bewohner ist damit einverstanden, dass außerhalb seines Zimmers, in öffentlich zugänglichen Räumlichkeiten bzw. im Rahmen von hausinternen oder offenen Veranstaltungen des Heimträgers von ihm unentgeltlich Fotos aufgenommen werden. Der Bewohner ist auch damit einverstanden, dass diese Foto-Aufnahmen ohne gesonderte Zustimmung unentgeltlich für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit und Werbung des Heimträgers (z.B. in Broschüren, Pressemitteilungen) hausintern, in der örtlichen Presse sowie auf den Internetseiten des Heimträgers verwendet bzw. veröffentlicht werden können. Die Fotos dürfen bearbeitet und im Zusammenhang mit Text und Grafiken wiedergegeben werden. Der Heimträger achtet und wahrt bei allen Formen der Verwendung der Foto-Aufnahmen die Würde des Bewohners.

Eine Einwilligung ist freiwillig und unabhängig vom Abschluss des Heimvertrages. Es besteht keine Verpflichtung des Heimbewohners, sie zu erklären. Der Bewohner kann eine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Im Falle eines Widerrufs wird das Fotomaterial zwar weiterhin verwendet. Sollte es aber eine Neuauflage oder Überarbeitung der Publikation geben, wird dann Fotomaterial verwenden, das nicht den Bewohner zeigt. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift des Bewohners bzw. seines Vertreters

**Einwilligung in die Übermittlung von Informationen gemäß § 42a Abs. 3 SGB XI
in Textform**

Frau / Herr

Name, Vorname des Kurzzeitpflegegasts

willigt ein, dass der Einrichtungsträger die dem Kurzzeitpflegegast gemäß § 42a Abs. 3 SGB XI zum Gemeinsamen Jahresbetrag für Leistungen der Verhinderungs- und Kurzzeitpflege zu übermittelnden Informationen (Höhe der für die Leistungen angefallenen Aufwendungen und Angabe, welcher Betrag davon zur Abrechnung über den Gemeinsamen Jahresbetrag vorgesehen ist) auch in Textform, beispielsweise im Rahmen einer nicht unterzeichneten Rechnung, übermitteln darf.

(Ort, Datum)

Unterschrift des Kurzzeitpflegegast bzw. Vertreters