

Wohnungsgeberbestätigung nach § 19 des Bundesmeldegesetzes

Hiermit wird ein Einzug in folgende Wohnung bestätigt:

Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“, Bleicherstraße 1, 18055 Rostock

Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnummer mit Zusatz

Bewohnerzimmer: 00.4.03

Wohnbereich: Ostseestrand

Stockwerk, Wohnungsnummer bzw. Lagerbeschreibung der Wohnung im Haus

In die vorher genannte Wohnung ist am _____ folgende Person eingezogen:

Mustermann, Max

Name des Bewohners

Name und Anschrift des Wohnungsgebers lauten:

Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“

Name des Wohnungsgebers

Bleicherstraße 1, 18055 Rostock

Postleitzahl, Ort, Straße und Hausnummer, des Wohnungsgebers

Der Wohnungsgeber ist gleichzeitig Eigentümer der Wohnung

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die oben gemachten Angaben den Tatsachen entsprechen. Mir ist bekannt, dass es verboten ist, eine Wohnanschrift für eine Anmeldung einem Dritten anzubieten oder zur Verfügung zu stellen, obwohl ein tatsächlicher Bezug der Wohnung durch diesen weder stattfindet noch beabsichtigt ist. Ein Verstoß gegen das Verbot stellt ebenso eine Ordnungswidrigkeit dar wie die Ausstellung dieser Bestätigung ohne dazu als Wohnungsgeber oder dessen Beauftragter berechtigt zu sein (§ 54 i.V.m §19BmG).

Rostock, den 02.11.2018

Unterschrift des Wohnungsgebers

Fritz-Reuter-Apotheke

Anmeldung neuer Pflegeheimbewohner

Einrichtung: Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“ visamare GmbH

Wohnbereich: Waterkant Ostseestrand To Hus
 Seewind Warnowufer Stadtblick

Stammdaten	
Name	Mustermann
Vorname	Max
Geburtsdatum	
Krankenkasse (wenn möglich mit IK)	()

Versorgungsauftrag vorhanden:

Ja, als Anlage faxen nein, Versorgungsauftrag einholen

Medikation vom Arzt übernommen:

Ja, Medikationsplan als Anlage faxen nein, Klärung mit Arzt notwendig

Medikamente vorhanden:

Ja, bis: _____ nein, Medikamente sofort nötig
Blister benötigt ab: _____

Betreuende Ärzte (fehlende bitte ergänzen)	
Hausarzt	
Neurologe	
Urologe	
Dermatologe	

Datum

Unterschrift Pflegefachkraft

Dieses Formular wird ausgefüllt an die Fritz-Reuter-Apotheke gefaxt:

0381 / 49 32 223

Fritz-Reuter-Apotheke

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Wiederkehrende Zahlungen

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Fritz-Reuter-Apotheke
Doberaner Straße 43 b
18057 Rostock

Tel. 0381 – 4932220
Fax: 0381 – 4932223
frapo-rostock@t-online.de

Gläubiger-Identifikationsnummer

Ich/Wir ermächtige/n die Fritz-Reuter-Apotheke Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der Fritz-Reuter-Apotheke auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Name, Vorname des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Name des Kreditinstituts

IBAN

BIC

Rostock, _____
Ort, Datum

Unterschrift

**Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheitsbezogener und
arzneimittelbezogener Daten des Heimbewohners in der Apotheke**

Fritz-Reuter-Apotheke
Doberaner Straße 43 b
18057 Rostock

Ich bin darüber informiert worden, dass die oben genannte Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme beinhalten. 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 Daten 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. Da der Apotheker und sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass mein Apotheker mit diesem Kontakt aufnimmt.

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

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Mustermann, Max

Name, Vorname

Bleicherstraße 1

Straße und Hausnummer

18055 Rostock

Postleitzahl und Ort

Telefonnummer

Rostock, 02.11.2018

Ort, Datum

Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter

Einverständniserklärung zur Hilfsmittelversorgung

Mir, dem/der gesetzlich Versicherten

Name: Mustermann, Max

Straße: Bleicherstraße 1

PLZ, Ort: 18055 Rostock

wurde vom

Arzt/Krankenhaus: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

ein medizinisches Hilfsmittel verordnet. Bezüglich der Auswahl des Leistungserbringers habe ich ein gesetzlich verbrieftes Wahlrecht (§2 Abs. 3 SGB V), das aus dem allgemeinen grundsätzlich geschützten Selbstbestimmungsrecht (Art. 2 i.V., m. Art. 1 GG) abgeleitet wird.

Meine Krankenkasse, die

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

und meine Pflegeeinrichtung

Name: Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen“

Straße: Bleicherstraße 1

PLZ, Ort: 18055 Rostock

haben meine Wahl zu beachten, weil durch meine Auswahl mein Vertrauensverhältnis zum Leistungserbringer geäußert wird.

Hiermit wähle ich widerruflich die Firma

provita arndt GmbH
Kranichstraße 6
17235 Neustrelitz

Orthopädietechnik Scharpenberg
Neptunallee 1a
18057 Rostock

Medizintechnik Großpietsch
Koppelweg 8
18107 Rostock

für die auf Seite 2 aufgeführten Versorgungsfelder als Leistungserbringer aus.

Hiermit bitte ich, Bestellungen der von mir benötigten Produkte ausschließlich bei der benannten, von mir ausgewählten Firma vorzunehmen und die erforderlichen Verordnungen – sofern vorliegend – unaufgefordert an diese auszuhändigen.

Die von mir benannte Firma wird von mir mit der Einholung fehlender ärztlicher Verordnungen beauftragt. Grundlage für die Einholungen sind die von mir bzw. in meinem Namen ausgelösten Bestellungen.

Ich stimme zu, dass meine Daten – soweit sie zur Erfüllung der Aufgaben erforderlich sind – unter Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Leistungserbringers bearbeitet, verarbeitet, gespeichert und aufbewahrt werden. Dies gilt auch für die Fotodokumentation zur Verlaufskontrolle etwaiger Wunden, die von der Firma versorgt werden.

Aus dieser Erklärung entstehen mir keine Nachteile, da der Leistungserbringer mir versichert hat, zur Leistungserbringung zugelassen zu sein.

Ausgewählte Leistungsbereiche

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Wunde | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoff | <input type="checkbox"/> Beatmung | <input type="checkbox"/> Inhalation |
| <input type="checkbox"/> Tracheostomie | <input type="checkbox"/> Absaugung | <input type="checkbox"/> Stoma |
| <input type="checkbox"/> Lagerung | <input type="checkbox"/> Reha-technik | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Rostock, 02.11.2018

Ort, Datum

Unterschrift

Bewohner: Mustermann, Max
Wohnbereich: Ostseestrand
Zimmer: 00.4.03

Einverständniserklärung für zahnmedizinische Behandlungen
Geltungsbereich Stationäre Pflegeeinrichtung

Mit dieser Einverständniserklärung, stimme ich zu, dass ich von der Zahnarztpraxis ZMVZ Warnemünde GmbH, zahnmedizinisch betreut versorgt und behandelt werden möchte.

Leistungen der Praxis:

- Umfangreiche Erstuntersuchung
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen zur Früherkennung
- Prophylaxe von Karies und Zahnfleischerkrankungen
- Parodontitisnachsorge
- Wurzelbehandlungen
- Reparaturen von Prothesen
- Hochwertige Prothetik: komplexe Totalsanierung, kombiniert herausnehmbarer und festsitzender Zahnersatz, herausnehmbarer Zahnersatz
- Aufklärung zu Inhalt und Abläufen von Heil- und Kostenplänen

Gleichzeitig erlaube ich der Seniorenresidenz am Warnowschlösschen meine personenbezogenen Daten an die Praxis weiterzugeben.

Mein Einverständnis kann ich jeder Zeit widerrufen.

Ich möchte die zahnmedizinische Behandlung über den Kooperationspartner der Seniorenresidenz „Am Warnowschlösschen durchführen:

ja nein

Rostock, den 02.11.2018

Bewohner/in

Angehörige/r

Betreuer/in

Bewohner: Mustermann, Max
Wohnbereich: Ostseestrand
Zimmer: 00.4.03

Einverständniserklärung für Hausarztwechsel
Geltungsbereich Stationäre Pflegeeinrichtung

Auch bei einem vergleichsweise kurzen Aufenthalt in unserer Einrichtung, ist die hausärztliche Versorgung mit Medikamenten ein wichtiger Bestandteil der täglichen Pflegeleistung. Die Wahl des Hausarztes, der zu einer Visite in unsere Senioreneinrichtung kommt, ist daher spätestens am Einzugsstag von dem Bewohner selbst oder von deren Angehörigen / Betreuern zu treffen und den Mitarbeitern der Pflege zu benennen.

Der Gesetzgeber stellt es jedem Bürger frei, seinen Hausarzt eigenständig zu wählen und wieder zu wechseln (§ 76 SGB V). Voraussetzung dafür ist der freie Wille des Versicherten im Vollbesitz der geistigen Fähigkeiten seine Wahl zu bekunden und / oder seinen Wechselwunsch zu begründen.

Zur Optimierung des Pflegeprozess bitten wir Sie, Ihren mündlich geäußerten Wechselwunsch des Hausarztes schriftlich zu bestätigen.

Hiermit versichere ich, dass der Wunsch eines Hausarztwechsels ohne Beeinflussung Dritter geschieht.

Ich möchte meinen Hausarzt wechseln:

ja nein

Rostock, den 02.11.2018

Bewohner/in

Angehörige/r

Betreuer/in

Bewohner: Mustermann, Max
Wohnbereich: Ostseestrand
Zimmer: 00.4.03

Einverständniserklärung für Pflegevisiten
Geltungsbereich Stationäre Pflegeeinrichtung

Die Pflegevisite ist ein regelmäßiger Besuch bei jedem Bewohner. Hierbei wird der Bewohner über seine Wünsche, Bedürfnisse und Zufriedenheit befragt.

Die Pflegedokumentation ist ein Bestandteil der Pflegevisite und wird ebenfalls mit einbezogen um diese ggf. zu überarbeiten, damit alle Probleme und auch Ressourcen des Bewohners Beachtung finden.

Der Pflegeprozess soll dadurch optimiert und die Informationsweitergabe verbessert werden.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Durchführung von Pflegevisiten.

Ich erteile meine Zustimmung zur MDK Begutachtung: ja nein

Rostock, den 02.11.2018

Bewohner/in

Angehörige/r

Betreuer/in

Bewohner: Mustermann, Max
Wohnbereich: Ostseestrand
Zimmer: 00.4.03

Einverständnis zur Delegation

Entsprechend unseres Pflegeleitbildes steht eine bewohnerzentrierte, professionelle Versorgung im Fokus unserer täglichen Arbeit. Die Delegation bestimmter Leistungen der Behandlungspflege ermöglicht es uns, die Versorgungsabläufe auf den Wohnbereichen zu optimieren, die Pflegefachkräfte zu entlasten und somit langfristig die Pflegequalität sicherzustellen.

Mit Ihrem Einverständnis zur Delegation dürfen Pflegehilfskräfte mit einem entsprechenden Befähigungsnachweis behandlungspflegerische Tätigkeiten selbständig verrichten. Diese sind klar definiert und dürfen nur durchgeführt werden, wenn die entsprechende fachliche Qualifikation gegenüber unserer Pflegedienstleitung nachgewiesen wurde.

Grundsätzlich sind folgende aufgeführte Behandlungspflegen auf entsprechend qualifizierte Mitarbeiter delegierbar:

- An- und Ausziehen medizinischer Kompressionsstrümpfe
- Anwendung von Salben
- Auflegen von Kälteträgern
- Anlegen trockener Verbände

Eine aktuelle Auflistung der Pflegekräfte mit Befähigungsnachweis, kann jederzeit in der Verwaltung eingesehen werden.

Hiermit erkläre ich, **Max Mustermann**, mich mit meiner Unterschrift einverstanden, dass die Behandlungspflege bei mir durch eine Pflegekraft erbracht wird.

Folgende Voraussetzungen sind erfüllt:

- Die nachvollziehbare theoretische und praktische Einweisung sind nachweislich auf einem Delegationsprotokoll festgehalten.
- Das Protokoll enthält die Unterschrift der Delegationskraft, der einweisenden Pflegefachkraft/ Pflegebereichsleitung sowie des behandelnden Arztes
- Es findet eine jährliche nachweisbare Überprüfung der Delegationskräfte statt.

Rostock, den 02.11.2018

Unterschrift des Bewohners

Unterschrift des gesetzl. Vertreters

Übergabeprotokoll Einzug

Bewohnername: Mustermann, Max	Datum:
Wohnbereich: Ostseestrand	Ausgefüllt von:
Zimmernummer: 00.4.03	

Inventarliste

Bezeichnung:	vorhanden	nicht vorhanden	Bemerkungen:
Kleiderschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleiderschranksaufsatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sideboard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bett/ Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachtschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit der Unterschrift wird bestätigt die oben genannten Gegenstände im Zimmer übernommen zu haben.

Datum, Unterschrift Bewohner/
Bevollmächtigter

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

Übergabeprotokoll Auszug

Bewohnername: Mustermann, Max	Datum:
Wohnbereich: Ostseestrand	Ausgefüllt von:
Zimmernummer: 00.4.03	

Inventarliste

Bezeichnung:	vorhanden	nicht vorhanden	Bemerkungen:
Kleiderschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kleiderschranksatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sideboard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bett/ Matratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nachtschrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit der Unterschrift wird bestätigt die oben genannten Gegenstände im Zimmer übergeben zu haben.

Gegenstände des Bewohners die von den Angehörigen nicht entsorgt werden und in der Einrichtung verbleiben, werden über die Serviceleistungen der Curvalia GmbH kostenpflichtig entsorgt.

Datum, Unterschrift Bewohner/
Bevollmächtigter

Datum, Unterschrift Mitarbeiter

Biografiegespräch

Bewohnername: Mustermann, Max	Geboren am:
Wohnbereich: Ostseestrand	Datum:
Zimmernummer: 00.4.03	Ausgefüllt von:

Familiäre Situation

Lebenspartner	Name des Partners: <hr/> <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> zusammenlebend
Kinder	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Anzahl der Kinder _____ Besonderen Bezug zu _____ wohnen alle/teils <input type="checkbox"/> am Ort <input type="checkbox"/> in der Nähe <input type="checkbox"/> weit weg
	Bemerkungen:
weitere Angehörige	<hr/> <hr/> Besonderen Bezug zu _____
	Bemerkungen:

Schulbildung/ Ausbildung/ Tagesgestaltung

Schulabschluss	
Studium	
Berufsausbildung	

beruflicher Werdegang	
derzeitiges Verhältnis zu Arbeit/ Beschäftigung	
bisherige Tagesgestaltung	

Lebenssituation vor dem Einzug

Wo und wie haben Sie zuletzt gelebt (Haus/ Wohnung, Garten, allein/ mit Partner, bei der Familie etc.)
Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt durch:
Grund für den Einzug:
Was ist Ihnen wichtig? Worauf möchten sie bei uns nicht verzichten?:
Hatten oder haben Sie Haustiere:
Interessen/ Gewohnheiten/ Vorlieben :

Wie schlafen Sie? Worauf sollen wir achten?

--

Gibt es wichtige, bedeutende oder prägende Lebensereignisse?

Kommunikation

<input type="checkbox"/> ist gern in Gesellschaft	<input type="checkbox"/> ist lieber allein
<input type="checkbox"/> großer Freundeskreis	<input type="checkbox"/> mangelnde Kommunikation aufgrund bisheriger Isolation
<input type="checkbox"/> großer Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/> Stammtisch
Bemerkungen:	

<input type="checkbox"/> Gruppenreisen	<input type="checkbox"/> Busreisen	<input type="checkbox"/> Studienreisen	<input type="checkbox"/> Individualreisen
<input type="checkbox"/> politisch interessiert	<input type="checkbox"/> Kirchenarbeit	<input type="checkbox"/> Ehrenämter	<input type="checkbox"/> Diskussionsabende
<input type="checkbox"/> Skatabend	<input type="checkbox"/> Kino	<input type="checkbox"/> Theater	<input type="checkbox"/> Tanzen
Bemerkungen:			

Verhaltensweise

<input type="checkbox"/> Sportlich	<input type="checkbox"/> Tagmensch	<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> gesellig
<input type="checkbox"/> gesundheitsbewusst	<input type="checkbox"/> Nachtmensch	<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> fröhlich
<input type="checkbox"/> körperbewusst	<input type="checkbox"/> Führungsnatur	<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> ängstlich
<input type="checkbox"/> modebewusst	<input type="checkbox"/> immer beschäftigt	<input type="checkbox"/> mitteilksam	<input type="checkbox"/> mutig
<input type="checkbox"/> geschlechtsbewusst	<input type="checkbox"/> gern allein	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig
<input type="checkbox"/> ordnungsliebend	<input type="checkbox"/> laut		
Bemerkungen:			

Lebenslauf/ Lebensweise/ Was möchten Sie uns mitteilen?

Die Biografie wurde ausgefüllt von: _____

- Auf Wunsch des Bewohners werden keine Angaben zur Biografie gemacht**

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Erklärung über die Versorgung mit Medikamenten

Vereinbarung

Name: Mustermann

Vorname: Max

Wohnbereich: Ostseestrand

Adresse: Bleicherstraße 1, 18055 Rostock

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Zuzahlungsbefreit: ja nein

Arzt:

Hiermit beauftrage ich die Fritz-Reuter-Apotheke, Doberaner Straße 43b, 18057 Rostock, Tel.: 0381/4932220, mir meine verordneten oder bestellten Medikamente, Medizinprodukte oder apothekenüblichen Waren zu liefern.

Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung einzulösen, darf das Pflegeheim oder eine dort beauftragte Person die Verordnung einlösen.

Mir ist bekannt, dass ich das freie Wahlrecht meiner versorgenden Apotheke habe und die Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Datenschutz:

Die aus dieser Vereinbarung resultierenden Daten werden nur im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung verwendet. Es findet kein Datenaustausch oder anderweitige Verwendung statt.

Rostock, 02.11.2018

Ort, Datum

Unterschrift



Im Herzen Rostocks Historie genießen!
www.am-warnoschloessen.de

Nachsendeservice

Der/die Bewohner/-in, Herr/Frau Mustermann, Max, beauftragt die curvalia GmbH zum Versenden der Bewohnerpost durch Inanspruchnahme des Postversandservice in Form der Nachsendeart

Einzelversand

Im Einzelversand senden wir Ihnen jeden Brief einzeln zu einem Preis von 1,31 € pro Brief zu.

Der/die Bewohner/-in hat jederzeit das Recht, den Nachsendeservice ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs befreie ich die curvalia GmbH von den vereinbarten Aufgaben.

Die anfallenden Kosten werden zum Quartalsende durch die curvalia GmbH in Rechnung gestellt.

Die Abrechnung des Nachsendeservice erfolgt per

Überweisung

Kontoinhaber: curvalia GmbH
Kreditinstitut: DKB
IBAN: DE61 1203 0000 1020 1979 90
BIC: BYLADEM1001

Name und Funktion des Bevollmächtigten

Rostock, den

Unterschrift Bewohner

Unterschrift Mitunterzeichner/Funktion

Vorname und Zuname des Kunden: Max Mustermann

Zimmer-Nummer: 00.4.03

Leistungen

(bitte ankreuzen und Angaben zur Häufigkeit bzw. Turnus)

O Friseurleistungen

- waschen alle ____ Wo
 schneiden alle ____ Wo
 föhnen alle ____ Wo
 legen alle ____ Wo
 Dauerwelle alle ____ Wo
 Lockwelle alle ____ Wo
 Ansatzfärbung alle ____ Wo
 Komplettfärbung alle ____ Wo
 Trockenschnitt alle ____ Wo
 Bartschnitt alle ____ Wo
 sonstiges _____

O Kosmetik

- Maniküre alle ____ Wo
 Lackierung alle ____ Wo

Farbe: _____

Farbe: _____

O kosmetische Fußpflege alle ____ Wochen

Rechnungsanschrift:

Herr/Frau: _____ Tel.: _____

Anschrift: _____

Einzugsermächtigung gewünscht: ja ab wann: _____ nein

IBAN DE _____

BIC _____

Kreditinstitut: _____

Ort, Datum: Rostock, _____

Unterschrift Bevollmächtigter: _____

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir keine Leistungen ausführen können, ohne dieses vollständig ausgefüllte Formular. Allen Leistungen wird eine Rechnung zu Grunde gelegt. Barzahlungen gelten nicht für das Serviceteam Ostseeland.

Checkliste für die Heimaufnahme

Liebe/r zukünftige/r Bewohner/in, liebe Angehörige, nachfolgend eine Zusammenstellung der Unterlagen, Dokumente und persönlichen Gegenstände, die Sie im Rahmen der Heimaufnahme benötigen.

Unterlagen und Dokumente:

Für die Bewohnerverwaltung

- Ärztlicher Fragebogen (Unterschrift / Stempel)
- aktueller Medikamentenplan (Unterschrift / Stempel)
- letzter Krankenhaus- bzw. Arztbrief
- Heimaufnahmeantrag
- Vollmachten, Betreuerausweis
- Patientenverfügung
- Pflegegradbescheid
- Rentenbescheid
- Angaben zum gewünschten Bestattungshaus

Für den Wohnbereich:

- Gesundheitskarte, Karte über die Zuzahlungsbefreiung
- Schwerbehindertenausweis
- Personalausweis
- Herzschrittmacherausweis, Allergiepass, Impfausweis
- Biografiebogen
- verordnete Medikamente für mind. 2 Tage

Für die Wäscherei:

- Bekleidungsliste

Zu erledigen:

- Antrag stellen auf vollstationäre Pflege
- Antrag an bzw. Bescheid des Sozialhilfeträgers (sofern notwendig)
- Ummeldung beim Einwohnermeldeamt
- Abmeldung beim Rundfunk-Beitragservice (wenn die Häuslichkeit aufgelöst wird)

Persönliche Gegenstände, Hilfsmittel:

- Kleidung
- Pflegeartikel, Kosmetik
- Kleinmöbel, Fernsehgerät
- individuelle Einrichtungsgegenstände: Bilder, Pflanzen, Dekoration, Erinnerungsstücke
- Rollator, Rollstuhl
- Brille, Hörgeräte
- Prothesen inkl. Zubehör
- Krankenhaustasche (für den Notfall im Bewohnerzimmer bereitstellen)