

Interessentenmappe

Einleitung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wenn Sie für sich oder einen Angehörigen den Umzug in eine Pflegeeinrichtung erwägen, stehen Sie vor einer wichtigen Entscheidung. Wir wissen, dass sich Betroffene oder Angehörige meist erst dann mit Fragen zu Pflegebedürftigkeit und Wohnen im Alter beschäftigen, wenn ein aktueller Bedarf besteht.

Wir stellen uns vor

Seit Juni 2011 gehört unsere Einrichtung der Unternehmensgruppe Burchard Führer an.

"Ein Platz zum Wohlfühlen in malerischer Umgebung"

Das Waldidyll Paudritzsch Seniorenzentrum befindet sich in einer landschaftlich herrlichen Lage, umgeben von einem großen Park, zwischen den Ortsteilen Minkwitz und Klosterbuch der Stadt Leisnig.

Dieser Park mit mehreren Liegehallen, einem Pavillon und einem Biotop ist denkmalgeschützt und lädt auch Spaziergänger zum Verweilen ein.

Wir sind eine kleine, gemütliche und familiäre Einrichtung, in der **77 pflegebedürftige** Menschen ein zu Hause finden, bei denen eine Versorgung in der eigenen Wohnung nicht mehr gewährleistet ist. Voraussetzung ist die Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes.

Mit dieser Interessentenmappe erhalten Sie wichtige Hinweise, eine Preisübersicht sowie die Anmeldeunterlagen für unser Haus. Sollten Sie darüber hinaus noch weiteren Informationsbedarf haben, helfen wir Ihnen gern in einem persönlichen Gespräch weiter.

Wir beraten Sie gerne und stehen Ihnen für Fragen zur Verfügung. Telefonisch sind wir von Montag bis Freitag zwischen 7.30 und 16.00 Uhr unter der **Telefonnummer 034321 / 62390** erreichbar. Für ein persönliches Gespräch oder eine Hausbesichtigung vereinbaren Sie bitte einen Termin.

Wir freuen uns sehr darauf, Sie in unserem Haus begrüßen zu dürfen



Ihr Heimleiter
Andreas Grün

Interessentenmappe

Heimaufnahmeantrag

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Pflegegrad: _____

Konfession: _____

Staatsangehörigkeit: _____

jetzige Hauptwohnung: _____

Ggf. Tel.-Nr. _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Corona Impfstatus

Erstimpfung erfolgt am: _____ Impfstoff: _____

Zweitimpfung erfolgt am: _____ Impfstoff: _____

Booster erfolgt am: _____ Impfstoff: _____

Ich habe noch keine Corona-Schutzimpfung erhalten, möchte aber eine: ja nein

Angehörige

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

1. _____

2. _____

3. _____

Interessentenmappe

Betreuer bzw. Bevollmächtigter

Falls vorhanden, gerichtlich bestellter **Betreuer**: (Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.)

Falls kein Betreuer vorhanden, wurde eine gerichtliche Betreuung angeregt: ja nein

Falls vorhanden, **Bevollmächtigter**: (Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.)

Sozialversicherung und ärztliche Versorgung

Kranken- und Pflegekasse: (Name, Anschrift und Tel.-Nr.)

Mitgliedsnummer: _____

Hausarzt: _____

Name, Praxisanschrift und Tel.-Nr.

Befreiung von der Zuzahlung bei Medikamenten liegt vor: ja nein

Hilfsmittel und therapeutische Versorgung (Physio-, Ergo-, Logopädie)

es besteht bereits eine Zusammenarbeit mit dem Sanitätshaus: _____

das Waldidyll soll ein kooperierendes Sanitätshaus bestimmen.

es besteht bereits eine Zusammenarbeit mit der Physiotherapie: _____

das Waldidyll soll eine kooperierende Physiotherapie bestimmen.

es besteht bereits eine Zusammenarbeit mit der Ergotherapie: _____

das Waldidyll soll eine kooperierende Ergotherapie bestimmen.

es besteht bereits eine Zusammenarbeit mit der Logopädie-Praxis: _____

das Waldidyll soll eine kooperierende Logopädie-Praxis bestimmen.

Interessentenmappe

Einkommensverhältnisse

Monatliches Einkommen:

Altersrente: _____ € Witwenrente: _____ €

sonstige Rente: _____ €

Angaben zur Bestattungsvorsorge

Bestattungsvorsorgevertrag vorhanden: ja nein

Gewähltes Bestattungsinstitut: _____

Nachlassbevollmächtigter:

Name, Vorname _____

Anschrift, Tel.-Nr. _____

Unterbringungswünsche s. Voranmeldung oder mögliche Änderung

Einzelzimmer Doppelzimmer Doppelzimmer mit Option auf ein Einzelzimmer

Gewünschter Einzugstermin: _____

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der ärztliche Fragebogen ist der Anmeldung beizufügen bzw. baldmöglichst nachzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift des Aufnahmebewerbers bzw. seines Vertreters

Interessentenmappe

Ärztlicher Fragebogen für den Hausarzt

Die Angaben sollen sich auf den Gesundheitszustand des zukünftigen Bewohners beziehen, so wie er bei der letzten Untersuchung durch den Hausarzt festgestellt wurde! Für spätere und ihm unbekannte Veränderungen trägt der Hausarzt keine Verantwortung!

Name, Vorname:		Geburtsdatum:			
Benötigt der Klient Hilfen beim	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne putzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Klient	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Klient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Stuhlinkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Wird die hausärztliche Versorgung im Pflegeheim weiterhin übernommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Pflegebedürftigkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Gemütsstimmung? (die seelische Verfassung)	_____
Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche)	_____

Interessentenmappe

Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)	<hr/> <hr/> <hr/>
Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art)?	<hr/> <hr/> <hr/>
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (wenn ja, bitte genau bezeichnen)	<hr/> <hr/> <hr/>
Diagnosen	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Welche Medikamente müssen wie und wann verabreicht werden?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, welche?)	<hr/> <hr/> <hr/>
Ist die Begleitung durch einen Facharzt notwendig? (Wenn ja, Adresse, Telefonnr.)	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Sonstige Hinweise/ Bemerkungen:	<hr/> <hr/> <hr/>

Ort, Datum:	Stempel und Unterschrift des Hausarztes:
-------------	--

Interessentenmappe

Stand 01.09.2022

Derzeitiges Heimentgelt

ALTBAU	Pflegesatz pro Tag	Ausbildungs- umlage pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investkosten pro Tag	Entgelt ge- samt pro Tag	Entgelt ge- samt pro Monat*	Anteil Pfl- gekasse pro Monat	zu zahlender Eigenanteil pro Monat
Pflegegrad 1	42,42 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	10,20 €	74,84 €	2.276,63 €	125,00 €	2.151,63 €
Pflegegrad 2	54,38 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	10,20 €	68,80 €	2.640,46 €	770,00 €	1.870,46 €
Pflegegrad 3	70,56 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	10,20 €	102,98 €	3.132,65 €	1.262,00 €	1.870,65 €
Pflegegrad 4	87,42 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	10,20 €	119,84 €	3.645,53€	1.775,00 €	1.870,53 €
Pflegegrad 5	94,98 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	10,20 €	127,40 €	3.875,51€	2.005,00 €	1.870,51 €

* Bei der Ermittlung des Monatsentgeltes wurde mit einem Durchschnittswert von 30,42 Tagen pro Monat gerechnet.

NEUBAU	Pflegesatz pro Tag	Ausbildungs- umlage pro Tag	Unterkunft pro Tag	Verpflegung pro Tag	Investkosten pro Tag	Entgelt ge- samt pro Tag	Entgelt ge- samt pro Monat*	Anteil Pfl- gekasse pro Monat	zu zahlender Eigenanteil pro Monat
Pflegegrad 1	42,42 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	15,00 €	79,64 €	2.422,65 €	125,00 €	2.297,65€
Pflegegrad 2	54,38 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	15,00 €	91,60 €	2.786,47 €	770,00 €	2.016,47 €
Pflegegrad 3	70,56 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	15,00 €	107,78 €	3.278,67 €	1.262,00 €	2.016,67 €
Pflegegrad 4	87,42 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	15,00 €	124,64 €	3.791,55 €	1.775,00 €	2.016,55 €
Pflegegrad 5	94,98 €	1,83 €	15,14 €	5,25 €	15,00 €	132,20 €	4.021,52 €	2.005,00 €	2.016,52 €

* Bei der Ermittlung des Monatsentgeltes wurde mit einem Durchschnittswert von 30,42 Tagen pro Monat gerechnet.

Die genannten Bestandteile des Heimentgeltes sind mit den Landesverbänden der Pflegekassen und dem Kommunalen Sozialverband verhandelt worden.

Interessentenmappe

Ihre Ansprechpartner:

Heimleitung	Andreas Grün	034321/ 6239 101
Pflegedienstleitung	Kerstin Hönicke	034321/ 6239 102
Verwaltung/Abrechnung	Sabine Lohmann	034321/ 6239 100
Telefax des Hauses		034321/ 6239 199
E-mail	waldidyll@fuehrergruppe.de	
Internet	www.waldidyll-paudritzsch.de	

Sprechzeiten

Einrichtungsleitung/ Pflegedienstleitung/ Verwaltung

Montag	- - -	13.30 bis 16.00 Uhr
Dienstag	10.00 bis 12.30 Uhr	13.30 bis 16.00 Uhr
Mittwoch	- - -	13.30 bis 16.00 Uhr
Donnerstag	10.00 bis 12.30 Uhr	13.30 bis 16.00 Uhr
Freitag	10.00 bis 12.30 Uhr	- - -

Wir stehen Ihnen auch außerhalb der Öffnungszeiten gern zur Verfügung. Vereinbaren Sie dazu bitte mit uns telefonisch einen Termin.

Interessentenmappe

Checkliste zur Heimaufnahme

Folgende Unterlagen benötigen wir zur Heimaufnahme:

	Liegt vor	wird nachgereicht	trifft nicht zu
- Heimaufnahmeantrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Ärztlicher Fragebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Leistungsbescheid der Pflegekasse o. Kopie des Antrages auf Pflegegrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHTUNG:

Bei der Aufnahme in unsere Einrichtung ist der Kranken-/ Pflegekasse die Heimaufnahme zu melden und ein Antrag auf Kostenübernahme für stationäre Pflege zu stellen!

- Chipkarte der Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ACHTUNG:

Bei der Aufnahme in unsere Einrichtung ist von Ihnen die Chipkarte bei der zuständigen Krankenkasse umzumelden!

- aktueller Rentenbescheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mitteilung über Antrag auf Sozialhilfe – Zusage Kostenübernahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vorsorgevollmacht/ Betreuerausweis, Patientenverfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gültiger Personalausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACHTUNG:

Bei der Aufnahme in unsere Einrichtung ist von Ihnen der Personalausweis beim zuständigen Ordnungsamt (oder Bürgerservicestelle) umzumelden! (Kann auch gern durch die Einrichtung übernommen werden)

- Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Impfausweis, Schwerbeschädigtenausweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Bescheid über Blindengeld, falls zutreffend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verwahrgeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- SEPA-Lastschriftmandat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Einwilligung Fotodokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Wäschesonderbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interessentenmappe

Persönliche Grundausrüstung

Um Ihnen den Einzug in unser Haus zu erleichtern, empfehlen wir Ihnen folgende Grundausrüstung:

1. Kleidung und Wäsche:

- Unterwäsche in ausreichender Menge
- Nachthemden / Schlafanzüge
- Bademantel / Morgenrock
- Geschlossene Hausschuhe
- Straßenschuhe für jede Witterung
- Pflegeleichte Oberbekleidung: Hosen, Röcke, Hemden, Blusen, Kleider, Pullover, Strickjacke
- Jacke, Anorak oder Mantel
- Strumpfhosen/ Strümpfe/ Socken
- Wolldecke/ Tagesdecke
- Reisetasche und Kulturbeutel für evtl. Krankenhausaufenthalte mit Namensanhänger

Wichtige Hinweise zur Wäsche:

Der im Heimentgelt enthaltene Wäscheservice des Hauses umfasst auch das Waschen jeglicher Bewohnerwäsche. Um einen reibungslosen Ablauf zu gewährleisten und um das Abhandenkommen von Textilien zu vermeiden, ist die Namenskennzeichnung sehr wichtig. Deshalb wird in unserer Vertragswäscherei jedes Kleidungsstück mit einem Namensschild versehen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Achten Sie bitte darauf, dass **alle Kleidungsstücke**, die der Bewohner mit ins Heim bringt, **maschinenwaschbar und trocknergeeignet** sind.

Verwenden Sie daher bitte **keine** Kleidungsstücke aus Wolle, Schurwolle, Alpaka, Angora, Kamelhaar o.ä., sowie Mischgewebe mit Lurex-, Woll- oder Angoraereinsätzen, da diese den Belastungen einer gewerblichen Waschmaschine nicht standhalten, stark einlaufen oder beschädigt werden.

Handwäsche kann in unserer Einrichtung nicht durchgeführt werden (mind. 30° Maschinenwäsche).

Bedenken Sie, dass Baumwollwäsche im Wäschetrockner einläuft, und beachten Sie dies bitte beim Neukauf (1-2 Kleidergrößen größer)

Unser Heim übernimmt keine Haftung für evtl. entstandene Schäden an Kleidungs- und Wäschestücken, die nicht den vorgenannten Kriterien entsprechen. Handtücher, Waschlappen, Bett- und Tischwäsche werden von uns als Grundausrüstung gestellt.

Vergleichen Sie dazu bitte das Merkblatt zum ProPersona-Wäscheservice der Firma Sitex.

2. Körperpflegeartikel

- | | | |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------|
| - Duschbad | - Kamm, Haarbürste | - Zahnbürste |
| - Haarshampoo | - Seife, ggf. Seifenschale | - Zahnpasta |
| - Rasierutensilien | - Deo, Parfum | - Prothesenbecher, -reiniger |
| - Hautcreme/ Hautlotion | - Haarspray, | - Haftcreme, Haftpulver |

Interessentenmappe

Wichtige Hinweise

Sollte im Zusammenhang mit der Heimaufnahme der Hausarzt gewechselt werden, bitten Sie Ihren bisherigen Arzt um einen Arztbrief für den neuen Hausarzt. Bringen Sie alle verschriebenen Medikamente, personengebundene Hilfsmittel (Rollstuhl, Gehbänkchen etc.) mit ins Heim.

Versicherte der AOK Plus sind verpflichtet, bei Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung bereits vorhandenes Inkontinenzmaterial wieder zurückzugeben.

Kleine persönliche und liebgewordene Möbelstücke und andere persönliche Dinge, einschließlich Radio- und Fernsehgerät, können ins Heim mitgebracht werden, wenn die überlassenen Räumlichkeiten dazu geeignet sind. Alle Gegenstände müssen sich in einem einwandfreien Zustand befinden, namentlich gekennzeichnet sein und mitgebrachte elektrische Geräte und Leitungen müssen ein Prüfsiegel tragen.

Wir übernehmen **keine Haftung für Geld, Schmuck oder andere Wertgegenstände**. Ein Kassensbuch für den Bewohner zur Begleichung der Rechnungen von vermittelten Leistungen (Friseur, Fußpflege, Einkauf, Ausflüge usw.) kann auf Wunsch angelegt werden. Dieser Service ist kostenlos.

Ihre Notizen
