



Name Dokument: Begleitschreiben Interessentenmappe

Prozessname: Bewohnerorientierung

Geltungsbereich:  
CBS CAZ  
St. Ulrich

## Begleitschreiben Interessentenmappe

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass Sie durch Ihre Anfrage Interesse an unserer Einrichtung bekunden.

Um Ihnen bereits im Vorfeld Informationen über das Wohnen und Leben in unserem Altenzentrum zu geben, haben wir für Sie folgende Unterlagen zusammengestellt:

- ✓ einen Informationsflyer über unser Haus
- ✓ unser unverbindliches Anmeldeformular
- ✓ den Ärztlichen Fragebogen
- ✓ eine Übersicht über unsere Heimentgelte
- ✓ das vorvertragliche Informationsblatt
- ✓ Selbstauskunft
- ✓ Bestätigung Sozialamt

Für Ihre Fragen nehmen sich unsere Mitarbeiter gerne Zeit für Sie.

Bitte vereinbaren Sie einen persönlichen Gesprächstermin und gewinnen Sie einen ersten Eindruck von unserem Altenzentrum.

Ich freue mich auf die persönliche Begegnung mit Ihnen in unserem Altenzentrum.

Mit freundlichen Grüßen

Einrichtungsleitung



## Anmeldeformular Caritas-Altenzentren

Einzug am \_\_\_\_\_

## 1. Pflegevariante

- Dauerpflege  Tagespflege  Betreutes Wohnen
- Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Verhinderungspflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

## 2. Empfehlung kam von /Gründe für einen Einzug:

- von Bekannten  Hausprospekt  Presse  Sozialdienst Krankenhaus  Internet  Arzt
- ambulanter Pflegedienst  Sozialstation  Pflegestützpunkt  Tagespflege
- auf eigenen Wunsch  bereits Bestandskunde  sonstiges

## 3. Nachname: \_\_\_\_\_

(Familiename, Geburtsname)

## 4. Vorname(n): \_\_\_\_\_

- Rufnamen bitte unterstreichen-

## 5. Wohnung: \_\_\_\_\_

(Straße und Haus-Nr.)

(Telefon)

(mit Hauptwohnsitz  
polizeilich angemeldet)

(Postleitzahl)

(Wohnort)

## 6. Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

(Straße und Haus-Nr.)

(Telefon)

(bei Krankenhaus oder Altenheim  
bitte entsprechende Adresse)

(Postleitzahl)

(Wohnort)

7. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ 8. Geburtsort: \_\_\_\_\_ 9. Familienstand: \_\_\_\_\_

10. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ 11. Konfession: \_\_\_\_\_ 12. Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

13. Behindertenausweis:  ja  nein Grad der Behinderung: \_\_\_\_\_ Merkmal(e): \_\_\_\_\_14. Liegt ein Bescheid der Pflegekasse vor?  ja  nein  ist beantragtWenn ja, welcher Pflegegrad?  1  2  3  4  5  ohne PflegegradGgfls. Antrag für Kurzzeit-/Verhinderungs-/Vollstationäre Pflege gestellt  ja  neinHöherstufungsantrag  ja  nein

15. Bescheid der Pflegekasse über Besitzstand liegt vor?

 ja  nein, (bei Pflegekasse beantragen)

16. Krankenkasse:

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

17. Personalausweisnummer: \_\_\_\_\_

**18. Kontaktpersonen (Angehörige / Verwandte):****1. Bezugsperson stellvertr. Ansprechpartner**

(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)	(Vor- und Zuname)
(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)	(Straße, Hausnummer)
(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)	(Postleitzahl) (Wohnort)
☎ Mobil: _____	☎ Mobil: _____	☎ Mobil: _____
Telefonnummer/n	Telefonnummer/n	Telefonnummer/n
(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)	(E-Mail-Adresse)
Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad

**19. Name des Hausarztes /der Hausärztin:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**20. Name des/r Facharztes /-in:** \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**21. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten/Verfügungen** Gesetzliche Betreuung Vorsorgevollmacht Generalvollmacht Patientenverfügungist beantragt  ja  nein\_\_\_\_\_  
(Name Bevollmächtigter)\_\_\_\_\_  
Anschrift**22. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers:**  Einzelzimmer  Doppelzimmer**23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:****24. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei:**  ja  nein**25. Impfstatus COVID-19, Datum der Impfung(en):** \_\_\_\_\_

Die erhobenen Daten dienen der Erstellung Ihres Heimvertrages in unserer Einrichtung. Die Mitarbeiter unterliegen der Anordnung über den kirchlichen Datenschutz und sind zur Verschwiegenheit im Umgang mit personenbezogenen Daten verpflichtet. Die Daten werden umgehend gelöscht, sollten Sie nicht Gast unserer Einrichtung werden, ansonsten wird das Anmeldeformular Anlage zu Ihrem Heimvertrag.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)\_\_\_\_\_  
(Name und Unterschrift des Antragstellers)



Name Dokument: Ärztlicher Fragebogen

Prozessname: Bewohnerorientierung

Geltungsbereich:  
CBS CAZ  
St. Ulrich

## Ärztlicher Fragebogen

### für die Anmeldung zum Einzug

(Bitte alle Fragen vollständig beantworten bzw. ankreuzen)

1. Zu- und Vorname:			
2. Geburtsdatum:			
3. Anschrift:			
4. Gehfähig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	5. Bettlägerig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
6. Besteht Stuhlinkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	7. Besteht Harninkontinenz? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
8. Liegen Einschränkungen der Gedächtnisleistungen oder der Orientierung vor? Welche? zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein persönlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                      situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
9. Nächtliche Unruhe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10. Suizidgefahr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	11. Bestehen Suchtkrankheiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....		
12. Bestehen ansteckende Krankheiten, Lungentuberkulose (gemäß §36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz) oder multiresistente Erreger? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....			
13. Wie ist der Impfstatus COVID-19? .....			
14. Bestehen körperliche Behinderungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? (bitte beschreiben) .....			
15. Welche Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfe) werden verwendet? ..... ..... .....			
16. Liegen sonstige Verhaltensauffälligkeiten (z.B. „Weglaufgefährdung“) vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? .....			





Name Dokument: Selbstauskunft

Prozessname: Bewohnerorientierung

Geltungsbereich:  
CBS

## Selbstauskunft

Name, Vorname	
Geburtsdatum	

Monatliche Einkünfte	in Euro
Lohn/Gehalt	
Altersrente	
Betriebsrente	
Sonstige Renten	
Miet-/Pachteinnahmen	
Sonstige (Art)	

<b>Monatliches Gesamteinkommen</b>	
------------------------------------	--

Vermögenswerte	in Euro
Immobilienbesitz (Adresse und Objektbeschreibung) Immobilienwert? Belastungen?	
Kapitalvermögen	
Beteiligungen und sonstige wesentliche Vermögenswerte	

Monatliche finanzielle Verbindlichkeiten	in Euro
Laufende Lebenshaltungskosten	
Miete incl. Nebenkosten	
KFZ-Kosten	
Zinsen und Tilgung (Kredit)	
Leasingrate	
Versicherungen	
Sonstige (Art)	
<b>Monatliche Gesamtausgaben</b>	





Name Dokument: **Selbstauskunft**

Prozessname: **Bewohnerorientierung**

Geltungsbereich:  
**CBS**

Es bestehen Insolvenzverfahren oder sonstige gerichtliche Zwangsmaßnahmen (Klage- oder Mahnverfahren, eidesstattliche Versicherung, Vergleich, Abgabe Vermögensauskunft).

Ja, wann und in welcher Höhe

Nein

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass**

- diese Selbstauskunft alle meine Vermögenswerte enthält,
- über die angegebenen Verpflichtungen hinaus keine weiteren Verbindlichkeiten bestehen,
- die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/Bevollmächtigter

Ablage: Kunden-Akte Verwaltung



Name Dokument: Bestätigung Antrag Sozialhilfe bei Einzug

Prozessname: Kunden gewinnen

Geltungsbereich:  
CBS CAZ  
St. Ulrich

## Bestätigung Antrag Sozialhilfe bei Einzug

Hiermit bestätigen ich/wir, dass Herr/Frau

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

am ..... einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt hat.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde/Betreuer/  
Bevollmächtigter

Ablage: Kunden-Akte Verwaltung

Freigabe durch T.Kittler	Gültig ab 16.10.2023	Version 3	Ablageort G:\CBS\Forum\QM-Handbuch\Formulare\Teil 2 <a href="#">Bewohnerorientierung\2.1.1 Einzug\2.1.1 NEU\2.1.1 Bestätigung Antrag Sozialhilfe Einzug.docx</a>	Seite 1 von 1
-----------------------------	-------------------------	--------------	--	------------------





## Vorvertragliches Informationsblatt

### Vorvertragliches Informationsblatt

**gemäß § 3 Wohn- und  
Betreuungsvertragsgesetz WVBVG  
Caritas-Altenzentrum St. Ulrich in Neustadt an der Weinstraße**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie erhalten mit diesem Informationsblatt Informationen über unser allgemeines Leistungsangebot und über wesentliche Inhalte der für Sie in Betracht kommenden Leistungen. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

#### Die Einrichtung

Das Caritas-Altenzentrum St. Ulrich ist eine Einrichtung der Caritas Betriebsträgergesellschaft mbH Speyer und verfügt über 63 Einzel- und 6 Doppelzimmer.

#### Ihr Privatbereich

Die Bewohnerzimmer in unserem Haus haben Größen zwischen 18,77 qm und 27,09 qm. Sie sind möbliert mit Pflegebett, Kleiderschrank, Nachttisch, Tisch und Stuhl. Ausgestattet sind sie mit Waschbecken, Dusche und WC, Telefonanschluss, Hausnotrufanlage, Fernseh-Kabelanschluss, Deckenleuchte und Werftfach.

Selbstverständlich freuen wir uns, wenn Sie Ihr Zimmer, unter Berücksichtigung der Barrierefreiheit, mit persönlichen Gegenständen einrichten. Die Haltung von Kleintieren ist mit der Einrichtungsleitung abzusprechen und gesondert zu vereinbaren.

#### Gemeinschaftsräume

Ihnen stehen Räume zur Begegnung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben des Hauses zur Verfügung. Für die Nutzung dieser Räume wird kein gesondertes Entgelt erhoben. Im Haus selbst finden Sie:

- Raum der Begegnung im Erdgeschoss
- Kapelle Erdgeschoss
- Speisesaal im Erdgeschoss
- Gemeinschaftsräume in den Wohngruppen
- Foyer
- Friseursalon (dienstags geöffnet)

Des Weiteren finden Sie in unserem Innenhof eine Terrasse und einen Garten.



## Leistungen der Hauswirtschaft

Die Mitarbeiter der Hauswirtschaft sind mit verantwortlich für die Gestaltung einer wohnlichen Atmosphäre, für die Raumpflege, für die Beratung in hauswirtschaftlichen Angelegenheiten sowie für die Wäscheversorgung. Bettwäsche und Handtücher erhalten Sie von uns. Bei der Reinigung der Wohnräume wird auf Ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen.

Privatwäsche wird von unserer externen Wäscherei kostenpflichtig gekennzeichnet. Die Wäsche muss waschmaschinen- und trocknergeeignet sein. Eine chemische Reinigung muss zusätzlich bezahlt werden. Die Leistungen und Preise für hauswirtschaftliche Zusatzleistungen sind dem Leistungs- und Entgeltverzeichnis für Zusatzleistungen (Anlage bei Vertragsabschluss) zu entnehmen.

## Leistungen der Küche

Aufgabe der Mitarbeiter der Küche ist es, Mahlzeiten nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen, unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Bedürfnisse, zuzubereiten, damit Sie diese in einer kultivierten Atmosphäre einnehmen können. Bei Behinderung und Krankheit wird auf individuelle Bedürfnisse Rücksicht genommen und Ihren Fähigkeiten und Gewohnheiten Rechnung getragen. Regelmäßig werden Bewohnerbefragungen zu der Essenszufriedenheit durch unsere Serviceleitung durchgeführt.

Wir bieten folgende im Entgelt enthaltene Mahlzeiten an:

- Frühstück
- Mittagessen mit Wahlkomponenten
- Kaffee und Kuchen
- Abendessen
- diverse Zwischenmahlzeiten
- Spätmahlzeiten
- Nachtmahlzeiten
- Demenzgerechte Ernährungsformen wie z.B. Fingerfood werden angeboten

Wasser und Tee zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs sind jederzeit kostenlos erhältlich. Bei Bedarf wird leichte Vollkost nach ärztlicher Verordnung für Sie zubereitet.

Wir achten auf die Zubereitung saisonbedingter Menüs.

Die Essenszeiten der Einrichtung sind folgendermaßen geregelt:

Frühstück im Speisesaal:	07:00 Uhr – 09:00 Uhr
Frühstück in der Wohngruppe:	08:00 Uhr – 10:00 Uhr
Mittagessen:	11.45 Uhr – 13.30 Uhr
Nachmittagskaffee:	14.30 Uhr – 16.30 Uhr
Abendessen:	17.30 Uhr – 19.00 Uhr
Spätmahlzeit:	21:30 Uhr – 23:00 Uhr
Nachtmahlzeiten:	Nach individuellem Bedarf

Sollte der Bewohner unterwegs sein, z.B. Arztbesuch, kann er jederzeit auch außerhalb der Essenszeiten seine Mahlzeiten zu sich nehmen.

Gäste unserer Bewohner sind nach Voranmeldung zu allen Mahlzeiten willkommen. Die Kosten für die einzelnen Mahlzeiten erfahren Sie in der Verwaltung.



## Leistungen der Pflege

Wir gestalten den Pflegeprozess gemeinsam mit Ihnen und beachten dabei konsequent Ihre Individualität und Selbstbestimmung. So verständigen wir uns mit Ihnen auf individuelle Leistungen unter Berücksichtigung ihrer Lebensumstände. Diese vereinbarten Leistungen erbringen wir nach fachlichen Standards, sie werden regelmäßig reflektiert und angepasst.

Unsere Mitarbeiter verpflichten sich, Ihre Lebensgewohnheiten zu berücksichtigen und das Prinzip Ihrer Zustimmung zu den Pflegeleistungen zu achten. Zu den Leistungen der Pflege gehören insbesondere Unterstützung bei der Körperpflege, Ernährung und der Mobilität.

Die Tagesstrukturierung der Pflege erfolgt möglichst mit Ihnen gemeinsam oder einer Person Ihres Vertrauens. Die Leistungen der allgemeinen Pflege werden nach dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht.

Umfang und Inhalt der Pflege ergeben sich aus der jeweiligen Zuordnung eines Pflegetherades. Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen Ihrem veränderten Bedarf an. Über die gegebenenfalls nötige Anpassung des Pflegegrades informieren wir Sie umgehend und besprechen die nötigen Schritte. Gerne unterstützen wir Sie bei der Antragstellung bei Ihrer Pflegekasse. Über den Grad der Pflegebedürftigkeit entscheidet die Pflegekasse entsprechend der Empfehlung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

## Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Unsere Pflegefachkräfte erbringen Leistungen der medizinischen Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung.

Die Versorgung mit den notwendigen Medikamenten erfolgt nach Absprache mit Ihnen, durch unseren Vertragspartner, die Löwenapotheke in Bad Bergzabern. Wir übernehmen auf Ihren Wunsch die Bestellung sowie die Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente.

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

## Leistungen des Sozialen Dienstes

Die Mitarbeiter unseres Sozialen Dienstes geben Ihnen die notwendigen Hilfen bei der Gestaltung Ihres Lebensraums und bei der Orientierung in Ihrem neuen Zuhause. Sie tragen auch Sorge, dass Sie Gelegenheit haben, an kulturellen, religiösen und sozialen Angeboten teilzunehmen. Sie stehen Ihnen, Ihren Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen für Einzelgespräche und Beratung zur Verfügung. Die Beratungsinhalte unterliegen der Schweigepflicht.

Wir bieten spezielle Angebote zur individuellen Tagesgestaltung in den Hausgemeinschaften und kulturelle Veranstaltungen an. Sie werden an der Programmgestaltung beteiligt. Bei der Gestaltung des Tagesablaufes wird darauf geachtet, dass dieser auf die Bedürfnisse und Ressourcen der Bewohner zugeschnitten ist. Entscheidend für die Planung ist es, dass weder eine Über- noch Unterforderung der Bewohner entsteht.

Für die Angebote wird in der Regel kein gesondertes Entgelt erhoben. Besonders kostenintensive Veranstaltungen können gegen Entgelt besucht werden. Die Entgelte werden bei der Ausschreibung der Veranstaltung bekannt gegeben und vorher mit dem Beirat des Hauses abgesprochen.

Evangelische und katholische Gottesdienste finden regelmäßig in der hauseigenen Kapelle statt. Sie sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen.

Zahlreiche ehrenamtliche Mitarbeitende unterstützen uns bei der Durchführung unserer vielfältigen Angebote.



## Zusätzliche Betreuungsleistungen aufgrund von eingeschränkter Alltagskompetenz

Pflegebedürftige Bewohnerinnen und Bewohner haben nach § 43 b SGB XI zudem Anspruch auf zusätzliche Betreuung und Aktivierung, die über die nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit notwendige Versorgung hinausgeht. Gemäß § 85 Abs. 8 Satz 2 SGB XI weist das Heim ausdrücklich auf diese zusätzlichen Betreuungsangebote hin.

## Therapeutische Leistungen

Zur Vermeidung und zur Verminderung von Pflegebedürftigkeit oder zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit, können Sie sich Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation verordnen lassen. Hierzu gehören Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Wir werden bei der Tagesstrukturplanung in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt auf Möglichkeiten der Rehabilitation achten und zur Sicherung des Rehabilitationserfolges mit den behandelnden Ärzten und Therapeuten zusammenarbeiten.

Therapeutische Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie werden nach ärztlicher Verordnung in Ihrem Zimmer oder in den Räumen auf unserem Gelände durch externe Therapeuten ihres Vertrauens erbracht.

## Leistungen der Haustechnik

Die Haustechnik ist verantwortlich für die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit aller haus- und betriebstechnischen Anlagen. Zu den Aufgaben gehört auch die Hilfestellung bei der Gestaltung und Erhaltung ihres persönlichen Wohnraumes, falls Sie oder Ihnen nahestehende Personen dies nicht erledigen können.

Ihre persönlich mitgebrachten Elektrogeräte werden im Rahmen der BGV-A3 vor dem Einsatz und danach im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gegen ein Entgelt (siehe Anlage Heimvertrag) fachmännisch auf Sicherheit geprüft.

Hilfestellungen und Dienste beim Ein- und Auszug können wir Ihnen kostenpflichtig nach vorheriger Vereinbarung gerne vermitteln.

## Leistungen der Verwaltung

Die Mitarbeiter der Verwaltung beraten Sie oder Ihre Angehörigen bei Fragen zur Kostenabrechnung. Zu ihren Aufgaben gehört auch der Empfang von Besuchern, die Vermittlung an die zuständigen Ansprechpartner sowie die Entgegennahme und Weiterleitung von Telefonaten und Anfragen von Ihnen.

## Zusatzleistungen

Die im Leistungskatalog aufgeführten kostenpflichtigen Leistungen (siehe Anlage Heimvertrag) können Sie bei uns in Anspruch nehmen.

## Abwesenheitsregelung

Aufgrund der gesetzlichen Änderung ist es erforderlich, den Posten „Unterkunft und Verpflegung“ in der Abrechnung bzw. im Heimvertrag differenziert auszuweisen. Entsprechend des Rheinland - Pfälzischen Rahmenvertrages nach §75 SGB XI gilt folgende Abwesenheitsregelung. Für die ersten 3 Tage der Abwesenheit ist das volle Heimentgelt zu berechnen. Ab dem 4. Tag finden dann Abschläge von 40% beim Heimentgelt für Pflege, Unterkunft und Verpflegung Anwendung. Die Investitionskosten sind hiervon ausgenommen.





## Leistungsentgelte

Die Entgelte werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen den öffentlichen Leistungsträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträgern) und dem Träger der Einrichtung festgelegt. Das Ergebnis dieser Verhandlungen, die Vergütungsvereinbarung, kann jederzeit eingesehen werden. Die Preisbestandteile sind:

- Entgelt für Unterkunft (inkl. hauswirtschaftlicher Leistungen)
- Entgelt für Verpflegung (inkl. hauswirtschaftlicher Leistungen)
- Entgelt für Investitionsaufwendungen
- Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen (inkl. sozialer Betreuung)
- Entgelt für Ausbildungsvergütung

## Entgelterhöhungen

Die Entgelte werden immer für einen bestimmten Zeitraum zwischen dem Träger der Einrichtung, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern vereinbart. Nach Ablauf dieses Zeitraums können die Sätze neu verhandelt werden, wenn Einkaufspreise oder Personalkosten nachweislich gestiegen sind oder eine Steigerung absehbar ist. Diese Erhöhung muss Ihnen vier Wochen vorher angekündigt werden.

## Vertragsanpassung bei Änderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs

Das Heim ist berechtigt, bei einer Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs den Vertrag entsprechend durch einseitige Erklärung anzupassen. Gemäß § 8 Abs. 4 WBGV schließt das Heim die Anpassung nach § 11 dieses Vertrages in den Fällen aus, in denen die Bewohnerin oder der Bewohner einen außergewöhnlichen Pflege- oder Betreuungsbedarf hat, der die sächlichen oder personellen Möglichkeiten des Heims erheblich überschreitet. Diese sind:

- Beatmung
- spezielle Fälle von Wachkoma,
- Fremdgefährdung von Bewohnerinnen und Bewohnern

## Qualitätsprüfungen

Unsere Arbeit wird in regelmäßigen Abständen durch verschiedene externe Institutionen überprüft. Die Ergebnisse werden durch die Einrichtung kommuniziert.

## Anregungen und Beschwerden

Ihre Anregungen oder Beschwerden nimmt jeder Mitarbeiter gerne entgegen und leitet diese an den zuständigen Bereich weiter. In der Anlage bei Vertragsabschluss finden Sie darüber hinaus weitere Ansprechpartner, an die Sie sich wenden können.

## Nichtteilnahme an einem Verbraucherschlichtungsverfahren

- (1) Gemäß Verbraucherstreitbeilegungsgesetz (VSBG, §20) besteht die Möglichkeit, Streitigkeiten zwischen dem Bewohner und der Einrichtung unabhängig von einem gerichtlichen Verfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle zu klären.
- (2) Die Einrichtung erklärt hiermit, dass sie nicht verpflichtet und auch nicht bereit ist, an einem Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle gemäß den Regelungen des Verbraucherstreitbeilegungsgesetzes teilzunehmen, um Streitigkeiten zwischen der Bewohnerin bzw. dem Bewohner und ihr zu schlichten.



## Interessenvertretung

Ihre Interessen werden durch die von allen Bewohnern gewählten Vertretung der Bewohnerinnen und Bewohner vertreten.

## Aktuelle Informationen

Aktuelle Informationen über unsere Einrichtungen erhalten Sie:

- auf unserer Homepage [www.st-ulrich-cbs-speyer.de](http://www.st-ulrich-cbs-speyer.de)
- auf den Infotafeln im Erdgeschoss und in den Wohngruppen
- an Angehörigenabenden

## Ansprechpartner in der Einrichtung

<b>Einrichtungsleitung</b>	Frau Krieger	06321 3856-1103
<b>BL Pflege</b>	Frau Braun	06321 3856-1110
<b>BL Sozialdienst</b>	Frau Schulte Strathaus	06321 3856-1141
<b>Soziale Betreuung</b>	Frau Keller	06321 3856-2051
<b>Verwaltung</b>	Frau Kurz / Frau Müller	06321 3856-5005
<b>Serviceleitung</b>	Frau Range	06321 3856-5006
<b>Küche</b>	Herr Mangold	06321 3856-5008
<b>Tagespflege</b>	verantwortliche Fachkraft	06321 3856-2050
<b>Wohnbereich 1</b>	verantwortliche Fachkraft	06321 3856-2150
<b>Wohnbereich 2</b>	verantwortliche Fachkraft	06321 3856-2250
<b>Wohnbereich 3</b>	verantwortliche Fachkraft	06321 3856-2350
<b>Nachtdienst</b>	verantwortliche Fachkraft	06321 3856-5000

## **Die Sprechzeiten der Verwaltung sind im Regelfall:**

Montag bis Donnerstag 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr und 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr  
Freitags 9.00 Uhr bis 13.00 Uhr.

## Vollstationäre Pflege - Kosten pro Tag (enthält 1,02 € Einzelzimmerzuschlag pro Tag)

## Ø Kosten pro Monat (30,42 Tage)

Pflegegrad Tagessatz	Pflegevergütung	Ausbildungsrefinanzierung	Ausbildungszuschlag	Unterkunft + Verpflegung	Investitionskosten	Entgelt pro Tag	Einzelzimmer	Anteil der Pflegekasse	Eigenanteil
1	60,16 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	3,86 €	111,27 €	3.384,83 €		3.384,83 €
2	77,13 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	3,86 €	128,24 €	3.901,06 €	805,00 €	3.096,06 €
3	94,02 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	3,86 €	145,13 €	4.414,85 €	1.319,00 €	3.095,85 €
4	111,64 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	3,86 €	162,75 €	4.950,86 €	1.855,00 €	3.095,86 €
5	119,57 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	3,86 €	170,68 €	5.192,09 €	2.096,00 €	3.096,09 €

\* Elektrogeräteprüfung 1,50 € / Monat

## Kurzzeitpflege - Kosten pro Tag (enthält 1,02 € Einzelzimmerzuschlag pro Tag)

## Kosten für 28 Tage

Pflegegrad Tagessatz	Pflegevergütung	Ausbildungsrefinanzierung	Ausbildungszuschlag	Unterkunft + Verpflegung	Investitionskosten	Entgelt pro Tag	Einzelzimmer	Anteil der Pflegekasse	Eigenanteil
1	60,16 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	4,12 €	111,53 €	3.122,84 €		3.122,84 €
2	77,13 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	4,12 €	128,50 €	3.598,00 €	1.854,00 €	1.744,00 €
3	94,02 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	4,12 €	145,39 €	4.070,92 €	1.854,00 €	2.216,92 €
4	111,64 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	4,12 €	163,01 €	4.564,28 €	1.854,00 €	2.710,28 €
5	119,57 €	0,61 €	3,35 €	43,29 €	4,12 €	170,94 €	4.786,32 €	1.854,00 €	2.932,32 €

Ihre Pflegekasse übernimmt für Kurzzeitpflege jährlich einen Betrag bis zu 1.774,00 € für die Pflegeleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5.  
Der Anteil der Pflegekasse bei Verhinderungspflege beträgt jährlich bis zu 1.612,00 € für die Pflegeleistungen in den Pflegegraden 2 bis 5.

## Tagespflege (dienstags bis freitags von 8:00 Uhr bis 16:00 Uhr geöffnet)

Pflegegrad Tagessatz	Pflegevergütung	Ausbildungsrefinanzierung	Ausbildungszuschlag	Unterkunft + Verpflegung	Investitionskosten	Entgelt pro Tag	bei Abwesenheit 3x pro Monat	Sachleistung Pflegekasse:
1	41,66 €	0,32 €	1,68 €	25,00 €	5,29 €	73,95 €	61,45 €	721,00 €
2	53,41 €	0,32 €	1,68 €	25,00 €	5,29 €	85,70 €	73,20 €	1.357,00 €
3	64,10 €	0,32 €	1,68 €	25,00 €	5,29 €	96,39 €	83,89 €	1.685,00 €
4	74,77 €	0,32 €	1,68 €	25,00 €	5,29 €	107,06 €	94,56 €	1.685,00 €
5	80,11 €	0,32 €	1,68 €	25,00 €	5,29 €	112,40 €	99,90 €	2.085,00 €

Preise unter Vorbehalt!

## Stationärer Mittagstisch: Mittagessen 8,50 €; Abendessen 6,10 €

Zu einem persönlichen Beratungsgespräch vereinbaren Sie gerne einen Termin mit unserem Sozialdienst unter Telefon: 06321 3856-1141.  
Der Sozialdienst berät Sie auch bei Unklarheiten, welche im Zusammenhang mit der Finanzierung auftreten können, zum Beispiel wenn eigene Mittel nicht ausreichen und Unterstützung durch das Sozialamt (Hilfe zur Pflege) benötigt wird.



**Informationsblatt zum Einzug**

Liebe Kundin, lieber Kunde, liebe Angehörige,

um Ihnen für den Einzug in unser Altenzentrum einen reibungslosen Ablauf zu ermöglichen, möchten wir Ihnen mit dieser Übersicht erforderliche Unterlagen aufführen, die wir von Ihnen benötigen, und Sie auf Verschiedenes hinweisen, welches im Zusammenhang mit dem Heimeinzug noch zu erledigen ist.

**Vor dem Einzug**

- Anmeldeformular
- vom Hausarzt ausgefüllter, aktueller, ärztlicher Fragebogen
- Selbstauskunft, Kopie des Rentenbescheides
- wenn die Eigenmittel nicht ausreichen: Kostenzusage der zuständigen Sozialhilfestelle, Bestätigung Sozialamt
- Rentenüberweisung beantragen
- unterschriebener Heimvertrag
- Kopie des Bescheides der Pflegekasse über den festgelegten Pflegegrad
- Kopie des Bescheids der Pflegekasse über den Besitzstand (Zuschuss pflegebedingter Anteil nach §43c SGB XI), nur für Personen mit Pflegegrad 2-5
- Antrag auf Leistungen vollstationäre oder Kurzzeitpflege
- Betreuungsurkunde, Vollmacht, Patientenverfügung
- SEPA Mandat für Lastschriftverfahren (Bankverbindung)
- SEPA Mandat für Lastschriftverfahren, Apotheke
- Umgang mit eingehender Post



**Zum Tag des Einzuges**

- Krankenkassenkarte
- Medikamentenbefreiungsausweis
- Impfausweis
- Wäsche
- Rezept Medikamente / aktueller Medikationsplan mit Unterschrift des Hausarztes
- Behindertenausweis
- Kopie Personalausweis (freiwillig)
- Aktuelles Foto
- Hygieneartikel
- Inkontinenzmaterial bei KZP

**Bitte nicht vergessen (bei vollstationärer Pflege):**

- Ummeldung Einwohnermeldeamt, hierzu erhalten Sie von uns eine Wohnungsgeberbestätigung
- Krankenkasse neue Adresse mitteilen
- Telefon zu Hause abmelden
- Einen Nachsendeauftrag bei der Post zu stellen
- Ggf. Zeitung ummelden
- Abmeldung Rundfunk, hierzu erhalten Sie von uns eine Einzugsbestätigung

Sollten Sie noch weitere Fragen haben, sprechen Sie die Mitarbeiterinnen in der Wohngruppe an. Ebenso nehmen sich nach vorheriger Terminvereinbarung die Mitarbeiter des Sozialdienstes gerne Zeit Ihre Fragen zu beantworten.