



Caritas-Altenzentrum  
Stiftung Bürgerhospital

Finkenweg 5  
67146 Deidesheim  
Tel: 06326-9672-0  
Fax:06326-9672-1199  
E-mail: [stiftung.buergerhospital@cbs-speyer.de](mailto:stiftung.buergerhospital@cbs-speyer.de)  
[www.caz-deidesheim-cbs.de](http://www.caz-deidesheim-cbs.de)

## 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\*innen 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

Verena Renner  
Einrichtungsleitung

## **Informationsblatt gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz WBVG für Einrichtungen der Altenhilfe**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden möchten wir Sie über unser allgemeines Leistungsangebot und über wesentliche Inhalte der für Sie in Betracht kommenden Leistungen informieren. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben. Wir helfen Ihnen gerne weiter!

### **Aktuelle Informationen**

Wir berichten auf unserer Homepage [www.caz-deidesheim-cbs.de](http://www.caz-deidesheim-cbs.de) über das Leben in unserer Einrichtung.

### **Die Einrichtung**

Das Caritas Altenzentrum Stiftung Bürgerhospital ist eine Einrichtung der Caritas Betriebs-trägergesellschaft mbH Speyer.

Am Rande des attraktiven Ortskerns von Deidesheim befindet sich das Altenzentrum Stiftung Bürgerhospital, in unmittelbarer Nähe des Stadtparks. Die Geschäfte im Stadtzentrum sind zu Fuß gut zu erreichen. Im Finkenweg stehen Parkplätze für Bewohner\*innen, Angehörige und Besucher\*innen zur Verfügung. Auch der Bahn- und Busbahnhof befindet sich in der Nähe.

### **Ihr Privatbereich**

Die Zimmer in unserem Haus haben Größen zwischen 21,0 qm und 36,0 qm incl. Nasszelle. Sie sind möbliert mit Pflegebett, Nachttisch, Kleiderschrank, Tisch und Stuhl, Nasszelle mit WC, Telefonanschluss, Hausnotrufanlage, Kabelanschluss und Leselampe. Internetanschluss gegen Gebühr. Die Zimmer sind teilweise ausgestattet mit Balkon oder Terrasse (Komfort-Zimmer ca. 28-36qm).

Der Wohnraum ist Ihr persönlicher Lebensbereich, in dem Ihre Privatsphäre respektiert wird. Selbstverständlich freuen wir uns, wenn Sie Ihr Zimmer mit persönlichen Gegenständen individuell einrichten, soweit nicht dadurch die Pflege und Betreuung erheblich beeinträchtigt werden.

Die Haltung von Kleintieren ist möglich, bitte sprechen Sie uns an.

### **Gemeinschaftsräume**

Ihnen stehen kostenfreie Räume zur Begegnung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben des Hauses zur Verfügung. Im Haus selbst finden Sie

- Cafeteria
- diverse Aufenthaltsbereiche
- Veranstaltungsraum
- Kapelle
- Friseursalon

Des Weiteren finden Sie eine Freifläche vor dem Eingangsbereich, eine Gartenterrasse sowie ein geschützter Gartenbereich.

## Leistungen der Hauswirtschaft

Die Hausgestaltung ist Aufgabe unserer Serviceleitung. Dabei wird auf die Gestaltung im Sinne des Jahreskreislaufes Wert gelegt, um den Bewohnern jahreszeitliche Orientierungspunkte zu geben. Die Mitarbeiter\*innen der Hauswirtschaft sind mitverantwortlich für die Gestaltung einer wohnlichen Atmosphäre, für die Raumpflege, für die Beratung in hauswirtschaftlichen Angelegenheiten sowie für die Wäscheversorgung. Bei der Reinigung der Wohnräume wird auf Ihre Bedürfnisse Rücksicht genommen.

Bettwäsche und Handtücher erhalten Sie von uns.

Privatwäsche wird gekennzeichnet. Dafür stellen wir Ihnen einen Unkostenbeitrag von einmalig 84,- Euro in Rechnung. Das Waschen der persönlichen Wäsche wird maschinell vorgenommen. Wäsche, die nicht trocknergeeignet ist, wird chemisch gereinigt und die Kosten an Sie weiterberechnet.

## Leistungen der Küche

Aufgabe der Mitarbeiter\*innen der Küche ist es, Mahlzeiten nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Bedürfnisse zuzubereiten. Bei Behinderung und Krankheit wird auf individuelle Bedürfnisse Rücksicht genommen und Ihren Fähigkeiten und Gewohnheiten Rechnung getragen. Unsere Küchenleitung bezieht die Bewohner\*innen in die Planung der Mahlzeiten ein, es werden regelmäßig Speiseplanbesprechungen durchgeführt.

Wir bieten folgende im Entgelt enthaltene Mahlzeiten an:

- ein reichhaltiges Frühstück
- Mittagessen mit Wahlkomponenten
- ein abwechslungsreiches Abendessen
- diverse Zwischenmahlzeiten
- Kaffee und Kuchen

Bei Bedarf können leichte Vollkost und Diäten durch unseren Küchenleiter nach ärztlicher Verordnung für Sie zubereitet werden. Demenzgerechte Ernährungsformen wie z.B. Fingerfood werden angeboten. An unseren, auf jedem Wohnbereich, vorhandenen Getränkeinseln sind Getränke zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs jederzeit kostenlos erhältlich.

Entsprechend der Jahreszeiten finden regelmäßig Aktionswochen (z.B. Spargel- oder Kartoffelwoche) statt.

Gäste von Bewohner\*innen sind zu allen Mahlzeiten, nach Voranmeldung, herzlich willkommen (siehe Preisliste).

## 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\*innen 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 Pflegegrades. Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen Ihrem veränderten Bedarf an. Über die gegebenenfalls nötige Höherstufung 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 (MD).

### **Zusätzliche Betreuungsleistungen**

Pflegebedürftige Bewohner\*innen 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.

Diese Betreuung wird von der Pflegekasse finanziert und durch unsere Mitarbeiter\*innen der sozialen Betreuung durchgeführt.

### **Zusatzleistungen**

Wir bieten Ihnen einige kostenpflichtige Zusatzleistungen, diese können Sie der Anlage 1: Leistungs- und Entgeltverzeichnis bei Zusatzleistungen entnehmen.

Außerdem vermitteln wir Ihnen gerne einen Besuch bei unserer Friseur\*in bzw. zur Fußpfleger\*in, welche in regelmäßigen Abständen in unser Haus kommen.

### **Leistungen der medizinischen Behandlungspflege**

Die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden von dafür qualifizierten Mitarbeiter\*innen erbracht. Voraussetzung hierfür sind entsprechende ärztliche, delegierbare Verordnungen.

Die Versorgung mit den notwendigen Medikamenten erfolgt durch unsere Vertragsapothek. Wir übernehmen die Bestellung, sowie die Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente.

Die freie Arztwahl wird garantiert. Wir sind Ihnen aber auf Wunsch gerne bei der Vermittlung behilflich. Die Einrichtung wird durch die Allgemeinmediziner unserer Verbandsgemeinde betreut. Auch wird unsere Einrichtung regelmäßig von Fachärzten besucht, wie z.B. Neurologen oder Psychiater. Es bestehen Kooperationsverträge mit Augenarzt, Hautarzt und Zahnarzt.

### **Leistungen des Sozialen Dienstes**

Die Mitarbeiter\*innen 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. Zeitnah nach dem Einzug erfassen wir mit Ihnen gemeinsam biographische Daten als Planungsgrundlage für die Betreuungsinhalte.

Wir bieten spezielle Angebote zur individuellen Tagesgestaltung und kulturelle Veranstaltungen an.

Sie werden auf Wunsch an der Programmgestaltung beteiligt. Für die Angebote wird kein gesondertes Entgelt erhoben. Zur Tagesgestaltung gehören u. a. Gymnastikgruppen, Spielnachmittag, Einzel- und

Gruppenaktivierungen zu bestimmten Themen. Eine speziell geschulte Mitarbeiterin kümmert sich um bettlägerige Bewohner\*innen und besucht sie mit dem Sinneswagen oder führt basale Körperpflege durch.

Für an Altersdemenz leidende Bewohner\*innen gibt es verschiedene Betreuungsformen, wie z.B. die Tageswohngruppe, die eine Orientierung an der häuslichen Wohngemeinschaft ermöglicht (gemeinsame Mahlzeiten, hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie Kochen oder Backen, Tages- und Wochenrituale).

Wir begleiten unsere desorientierten Bewohner\*innen auf Basis der Kommunikationsmethode Validation (n. Naomi Feil). Geschulte Mitarbeiter\*innen gehen mit Wertschätzung und Respekt in Gesprächen auf die Gefühle und Bedürfnisse der altersdementen Bewohner\*innen ein.

Katholische und evangelische Gottesdienste finden regelmäßig in der Einrichtung statt. Sie sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen.

Wir werden bei unseren Angeboten durch zahlreiche ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen aus der Gemeinde unterstützt.

### **Therapeutische Leistungen**

Zum Erhalt der Selbstständigkeit können Sie sich Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation verordnen lassen. Hierzu gehören Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Wir werden bei der Planung der Tagesstruktur in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt/Ärztin auf Möglichkeiten der Rehabilitation achten und zur Sicherung des Rehabilitationserfolges mit den behandelnden Ärzt\*innen und Therapeut\*innen zusammenarbeiten.

Therapeutische Leistungen der Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie werden nach ärztlicher Verordnung in Ihrem Zimmer oder in den Räumen auf unserem Gelände durch zugelassene externe Therapeut\*innen erbracht. Natürlich können Sie auch andere Therapeut\*innen Ihres Vertrauens beauftragen.

### **Leistungen der Haustechnik**

Die Haustechnik ist verantwortlich für die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit aller haus- und betriebstechnischen Anlagen. Hilfestellung bei der Gestaltung und Erhaltung Ihres persönlichen Wohnraumes ist möglich (kostenpflichtig, siehe Preisliste), falls Sie oder Ihnen nahestehende Personen dies nicht erledigen können.

Hilfestellungen und Dienste beim Ein- und Auszug können wir Ihnen gerne vermitteln (externe Dienstleistungen).

### **Leistungen der Verwaltung**

Die Mitarbeiter\*innen der Verwaltung beraten Sie oder Ihre Angehörigen in Fragen der Kostenabrechnung und im Umgang mit Kassen und Behörden. Zu ihren Aufgaben gehört auch der Empfang von Besucher\*innen, die Vermittlung an die zuständigen Ansprechpartner\*innen sowie die Entgegennahme und Weiterleitung von Telefonaten und Anfragen von Ihnen.

### **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 allgemeine Pflegeleistungen
- Entgelt für Verpflegung
- Entgelt für Unterkunft
- Entgelt für Investitionsaufwendungen

(siehe Anlage Finanzierungsblatt)

Weiterhin gibt es auch Pflegesatzerhöhungen. 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 die Lebenshaltungskosten oder Personalkosten nachweislich gestiegen sind oder eine Steigerung absehbar ist. Diese Erhöhung muss Ihnen vier Wochen vorher angekündigt werden.

### **Qualitätsprüfungen**

Durch unser internes Qualitätsmanagement überprüfen wir regelmäßig die Arbeitsabläufe und Prozesse in der Einrichtung. Ein zentraler Bestandteil bei diesem Vorgehen ist der strukturierte Einbezug Ihrer Rückmeldungen: Beispielsweise über unser systematisches Beschwerdemanagement oder gezielte Befragungen.

Zusätzlich wird unsere Arbeit in regelmäßigen Abständen durch externe Institutionen überprüft (z.B. durch den Medizinischen Dienst, die Beratungs- und Prüfbehörde der Heimaufsicht). Die Ergebnisse können Sie bei unserem Pflegedienstleiter und auf der Homepage der Pflegekassen einsehen.

### **Anregungen und Kritik**

Sie haben Anregungen oder Kritik? - Dann sagen Sie es uns.

Sie sind mit uns zufrieden? – Dann sagen Sie es anderen.

### **Interessenvertretung**

Ihre Interessen werden auch vertreten durch den von allen Bewohner\*innen gewählten Heimbeirat. Die Wahlen finden alle zwei Jahre statt.

Mit freundlichen Grüßen

gez. Verena Renner  
Leiterin der Einrichtung

### **Anlage**

**Anlage 1: Leistungs- und Entgeltverzeichnis bei Zusatzleistungen**

**Name der Einrichtung:** CAZ Stiftung Bürgerhospital

**Name des Kunden:** [REDACTED]



Art	Beschreibung	Preis
Wäschekennzeichnung	Bei Einzug	84,00 €
Chemische Reinigung Flickarbeiten und Näh- arbeiten	Preise lt. aktuellem Preisverzeichnis der Wäscherei	
Prüfung der elektri- schen Geräte	Monatlich	1,50 €
Fahrdienst der Einrich- tung	Pro angefangene 5 km	5,50 €
Begleitperson	Pro angefangene 15 Minuten	10,00 €
Neubeschaffung von Schlüsseln bei Verlust (Aushändigung)	Pro Schlüssel	50,00 €
Einlagerung einge- brachter Sachen in den Räumen der Einrich- tung	Pro m <sup>2</sup> und Monat	10,00 €
<b>Haustechnik Einsatz</b>		
Service der Haustechni- k (bspw. TV einstel- len, Bilder aufhängen, Reparaturen etc.)	Pro angefangene 15 Minuten zzgl. Er- satzteile	8,75 €
Räumung des Zimmers	Pauschal einmalig	210,00 €
Servicekraft	Pro angefangene 15 Minuten	5,75 €
Organisation von Feiern	Preise lt. aktuellem Preisverzeichnis der CSS	
Getränke und Speisen	Preise lt. aktuellem Preisverzeichnis der CSS	
Zimmerservice	Pro Mahlzeit	3,00 €
Hygieneartikel	Pauschal monatlich (Duschgel, Sham- poo, Körperlotion, Gesichtscrème, De- odorant, Zahncreme, Zahnbürste)	5,00 €
Telefon	Monatlich	15,00 €
WLAN (wenn vorhan- den)	Monatlich	10,00 €
TV-Anschluss	Monatlich	15,00 €
Komfortzimmer ab 25qm <sup>2</sup>	Täglich	5,00 €
Bereitstellen von TV Gerät	Täglich	0,50 €

**Leistungs- und Preisverzeichnis vom: 01.01.2024**



### 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
- ambulanter Pflegedienst                                       Sozialstation                                       Pflegestützpunkt                                       Internet                                       Arzt
- auf eigenen Wunsch                                       bereits Bestandskunde                                       sonstiges

**3. Nachname:** \_\_\_\_\_  
(Familienname, Geburtsname)

**4. Vorname(n):** \_\_\_\_\_  
- Rufnamen bitte unterstreichen-

**5. Wohnung:** \_\_\_\_\_  
(mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)                                      (Straße und Haus-Nr.)                                      (Telefon)  
\_\_\_\_\_  
(Postleitzahl)                                      (Wohnort)

**6. Derzeitiger Aufenthalt:** \_\_\_\_\_  
(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)                                      (Straße und Haus-Nr.)                                      (Telefon)  
\_\_\_\_\_  
(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 beantragt  
Wenn ja, welcher Pflegegrad?     1     2     3     4     5                                       ohne Pflegegrad  
Ggfls. Antrag für Kurzzeit-/Verhinderungs-/Vollstationäre Pflege gestellt     ja     nein  
Höherstufungsantrag     ja     nein

**15. Bescheid der Pflegekasse über Besitzstand liegt vor?**     ja     nein, (bei Pflegekasse beantragen)

**16. Krankenkasse:**                                      **Versichertennummer:**  
**Befreiung liegt vor:**  ja     nein

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

<b>18. Kontaktpersonen (Angehörige / Verwandte):</b>		
<b>1. Bezugsperson</b>	<b>stellvertr. Ansprechpartner</b>	
(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
<b>19. Name des Hausarztes /der Hausärztin:</b> _____		
Anschrift: _____ Telefon: _____		
<b>20. Name des/r Facharztes /-in:</b> _____		
Anschrift: _____ Telefon: _____		
<b>21. Gesetzliche Betreuung/Vollmachten/Verfügungen</b>		
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/> Vollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung ist beantragt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
_____ (Name Bevollmächtigter)		_____ (Anschrift)
<b>22. Wohneinheitstyp / Art des Zimmers:</b> <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
<b>23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen, z.B. PEG Sonde:</b>		
<b>24. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>25. Finanzierung</b>		
Die Heimkosten werden bezahlt aus: <input type="checkbox"/> Einkommen <input type="checkbox"/> Vermögen		
Besteht ein Anspruch auf Beihilfe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Es wird/wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt am: _____ bei: _____		
durch: _____		
Kostenübernahmebescheid des Sozialamtes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<b>(Bitte Kopie beifügen)</b>		
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. Mit der Abgabe dieses Anmeldeformulars stimmen Sie zu, dass Ihre Daten bei uns für maximal ein Jahr gespeichert werden dürfen und werden danach umgehend gelöscht.		
_____ (Ort, Datum)		_____ (Name und Unterschrift des Antragstellers)



### 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? ..... .....		



## 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>	

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  
Stiftung Bürgerhospital  
Deidesheim

Stiftung

**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 <a href="G:\CBS\Forum\QM-Handbuch\Formulare\Teil 2 Bewoherorientierung\2.1.1 Einzug\2.1.1 NEU\2.1.1 Bestätigung Antrag Sozialhilfe Einzug.docx">G:\CBS\Forum\QM-Handbuch\Formulare\Teil 2 Bewoherorientierung\2.1.1 Einzug\2.1.1 NEU\2.1.1 Bestätigung Antrag Sozialhilfe Einzug.docx</a>	Seite 1 von 1
-----------------------------	-------------------------	--------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------

## 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
- Für die Versorgung in unserer Einrichtung ist es erforderlich, dass ein Hausarzt zu Hausbesuchen bereit ist. Falls, bei Einzug, noch kein eigener Hausarzt zur Verfügung steht, z.B. wegen Umzug, ist selbsttätig ein Hausarzt zu organisieren und uns mitzuteilen.
- 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 (und Verhinderungspflege)
- Betreuungsurkunde, Vollmacht, Patientenverfügung
- SEPA Mandat für Lastschriftverfahren (Bankverbindung)
- 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.

Datum	Tag	Uhrzeit	Art der Veranstaltung
<b>Januar</b>			
06.01.2026	Di		Krippenandacht; gestaltet von Frauenbund Die heiligen drei Könige ziehen durch das Haus
15.01.2026	Do	18.00 Uhr	Neujahrsempfang
24.01.2026	Sa	14.30 Uhr	Theaterbesuch in Niederkirchen
25.01.2026	So	13.30 Uhr	Seniorenfasching
<b>Februar</b>			
13.02.2026	Fr	15.11 Uhr	Fastnachtsparty im Speisesaal EG
16./17.02.2026	Mo/Di	14.11 Uhr	Närrisches Treiben auf den Wohnbereichen
<b>März</b>			
26.03.2026	Do	15.00 Uhr	Winterverbrennung auf Sonnenterrasse
<b>April</b>			
KW 14			Oster-Woche
02.04.2026	Do	14.00 Uhr	Mode Mobil mit Modenschau Cafeteria
06.04.2026	Mo	15.30 Uhr	Ostereier-Suche auf allen Wohnbereichen
<b>Mai</b>			
04.05.2026	Mo	ab 15.30 Uhr	Tanz im Mai im Speisesaal EG
10.05.2026	So	15.00 Uhr	Muttertag, gemütliches Kaffeetrinken a. d. WB's
14.05.2026	Do	15.30 Uhr	Vatertag, Umzug über die Wohnbereiche
21.05.2026	Do	siehe Aushang	Eröffnung des Kräuterwinkels
26.05.2026	Di	ab 11.00 Uhr	Geißböckchenfest im Foyer, ab 15.00 Uhr Umzug durch die Einrichtung
28.05.2026	Do	14.30 Uhr	Maiandacht in der Kapelle
<b>Juni</b>			
KW 25			Spargelwoche
25.06.2026	Do	ab 15.00 Uhr	Erdbeerfest
<b>Juli</b>			
31.07.2026	Do	16.00 Uhr	Sommergrillfest für alle Bewohner*innen
<b>August</b>			
noch nicht terminiert			Grillfest des Fördervereins
06.08.2026	Do	17.30 Uhr	"Kerwe-Start" im Altenheim, wir eröffnen die Weinkerwe 2026, Eingangsbereich
27.08.2026	Do	17.30 Uhr	Französischer Abend, Eingangsbereich
<b>September</b>			
KW 37		14.30 Uhr	Picknick im Park
noch nicht terminiert		14.00 Uhr	Mode Mobil mit Modenschau Cafeteria
24.09.2026	Do	16.00 Uhr	Fest des Federweißen, Eingangsbereich
<b>Oktober</b>			
13.10.2026	Di	11.00 Uhr	Oktoberfest, Eingangsbereich
<b>November</b>			
11.11.2026	Di	17.00 Uhr	St. Martin mit Kindern vor der Einrichtung
13.11.2026	Fr	15.00 Uhr	Gedenkfeier für verstorbene Bewohner*innen
19.11.2026	Do	10.00 Uhr	Patronatsfest mit Messe
27.11.2026	Fr	17.00 Uhr	Bummel mit Bewohner*innen über den Weihnachtsmarkt
29.11.2026	So	14.00 Uhr	Adventskaffee Förderverein
<b>Dezember</b>			
06.12.2026	So	ab 15.00 Uhr	Der Nikolaus zieht durch die Einrichtung
10.12.2026	Do	ab 17.00 Uhr	Winterzauber Kräuterwinkel
22.12.2026	Di	ab 16.00 Uhr	Weihnachtsfeier auf allen WB + Speisesaal EG
31.12.2026	Do	ab 16.00 Uhr	Jahresrückblick a. allen WB

Bitte beachten Sie auch unsere Aushänge in der Einrichtung. Hier werden evtl. Terminverschiebungen bekannt gegeben.

Regelmäßig findet statt: Bewegungsrunde, Spielgruppen, Kino, Waffelbacken etc.

Für Rückfragen: Anke Dangl, 06326/9672-1140 oder per e-mail: anke.dangl@cbs-speyer.de



Caritas-Altenzentrum  
Stiftung Bürgerhospital

Finkenweg 5  
67146 Deidesheim  
Tel.: 06326/9672-0  
Fax: 06326/9672-1199  
E-Mail: stiftung.buergerhospital@cbs-speyer.de  
www.caz-deidesheim-cbs.de

## Pflegesätze Kurzzeitpflege gültig ab 01.01.2026 - 31.12.2026

### Leben und Wohnen im Caritas-Altenzentrum Stiftung Bürgerhospital

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegesatz	62,03 €	79,53 €	96,43 €	114,05 €	121,97 €
2. Ausbildungsrefinanzierungsbetrag	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €
3. Ausbildungszuschlag	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €
4. Unterkunft	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €
5. Verpflegung	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €
6. Investitionskosten	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €
Gesamtentgelt je Tag	130,50 €	148,00 €	164,90 €	182,52 €	190,44 €
Abzgl. Zuschuss der Pflegekasse/Tag	max. 131,00 €/M.	84,31 €	101,21 €	118,83 €	126,75 €
zu zahlender Betrag je Tag		<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>
nachrichtlich: Anspruch Tage je Pflegegrad		21	18	15	14

Sie erhalten von Ihrer Pflegekasse einen Zuschuss bis zu 1.854,00 € für Kurzzeitpflege.

Zu einem persönlichen Beratungsgespräch vereinbaren Sie gerne einen Termin mit unserem Sozialdienst, Frau Dangl oder Frau Kipper (Telefon: 06326 9672-1140). Der Sozialdienst berät Sie auch bei Unklarheiten, welche im Zusammenhang mit der Finanzierung auftauchen können, zum Beispiel wenn Ihre eigenen Mittel nicht ausreichen und Sie Unterstützung durch das Sozialamt (Hilfe zur Pflege) benötigen. Die Heimentgelte sind mit den Pflegekassen vereinbart und werden in Abständen der Entwicklung der Kosten angepasst.

## Pflegesätze Verhinderungspflege gültig ab 01.01.2026 - 31.12.2026

### Leben und Wohnen im Caritas-Altenzentrum Stiftung Bürgerhospital

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegesatz	62,03 €	79,53 €	96,43 €	114,05 €	121,97 €
2. Ausbildungsrefinanzierungsbetrag	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €
3. Ausbildungszuschlag	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €
4. Unterkunft	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €
5. Verpflegung	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €
6. Investitionskosten	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €
Gesamtentgelt je Tag	130,50 €	148,00 €	164,90 €	182,52 €	190,44 €
Abzgl. Zuschuss der Pflegekasse/Tag	max. 131,00 €/M.	84,31 €	101,21 €	118,83 €	126,75 €
zu zahlender Betrag je Tag		<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>	<b>63,69 €</b>
nachrichtlich: Anspruch Tage je Pflegegrad		19	16	14	13

Sie erhalten von Ihrer Pflegekasse einen Zuschuss bis zu 1.685,00 € für Verhinderungspflege.

Zu einem persönlichen Beratungsgespräch vereinbaren Sie gerne einen Termin mit unserem Sozialdienst, Frau Dangel oder Frau Kipper (Telefon: 06326 9672-1140). Der Sozialdienst berät Sie auch bei Unklarheiten, welche im Zusammenhang mit der Finanzierung auftauchen können, zum Beispiel wenn Ihre eigenen Mittel nicht ausreichen und Sie Unterstützung durch das Sozialamt (Hilfe zur Pflege) benötigen. Die Heimentgelte sind mit den Pflegekassen vereinbart und werden in Abständen der Entwicklung der Kosten angepasst.

## Pflegesätze Vollstationäre Pflege gültig ab 01.01.2026 - 31.12.2026

### Leben und Wohnen im Caritas-Altenzentrum Stiftung Bürgerhospital

Leistungszuschlag bis 12 Monate 15 %

	Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
1. Pflegesatz	62,03 €	62,03 €	79,53 €	96,43 €	114,05 €	121,97 €
2. Ausbildungsrefinanzierungsbetrag	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €	0,78 €
3. Ausbildungszuschlag	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €	4,00 €
4. Unterkunft	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €	26,68 €
5. Verpflegung	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €	14,41 €
6. Investitionskosten	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €	22,60 €
Gesamtentgelt je Tag	130,50 €	130,50 €	148,00 €	164,90 €	182,52 €	190,44 €
<b>Gesamtentgelt je Monat</b>	<b>3.969,81 €</b>	<b>3.969,81 €</b>	<b>4.502,16 €</b>	<b>5.016,26 €</b>	<b>5.552,26 €</b>	<b>5.793,18 €</b>
Zuschuss der Pflegekasse je Monat	-	131,00 €	805,00 €	1.319,00 €	1.855,00 €	2.096,00 €
abzgl. Leistungszuschlag 15 % zu zahlender Betrag je Monat (Durchschnittswert 30,42 Tage)	<b>3.969,81 €</b>	<b>3.828,05 €</b>	<b>3.433,19 €</b>	<b>3.433,29 €</b>	<b>3.433,29 €</b>	<b>3.433,21 €</b>

Zu einem persönlichen Beratungsgespräch vereinbaren Sie gerne einen Termin mit unserem Sozialdienst, Frau Dangl oder Frau Kipper (Telefon: 06326 9672-1140). Der Sozialdienst berät Sie auch bei Unklarheiten, welche im Zusammenhang mit der Finanzierung auftauchen können, zum Beispiel wenn Ihre eigenen Mittel nicht ausreichen und Sie Unterstützung durch das Sozialamt (Hilfe zur Pflege) benötigen. Die Heimentgelte sind mit den Pflegekassen vereinbart und werden in Abständen der Entwicklung der Kosten angepasst.