



PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

LIEBEVOLL. GANZHEITLICH. NACHHALTIG.

# Infomappe


Informationen rund um einen Platz zur stationären Pflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege



**Pfarrer-Knaus-Heim e. V.**

Pfarrer-Knaus-Str. 1

86556 Kühbach

 08251 / 88709-0

Fax: 08251 / 88709-20



[info@pfarrer-knaus-heim.de](mailto:info@pfarrer-knaus-heim.de)

# Heimaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir wünschen Ihnen einen guten Tag und bedanken uns für Ihr Interesse an unserer Einrichtung. Zunächst möchten wir Ihnen den Träger der Einrichtung vorstellen:

Da Pfarrer-Knaus-Heim ist ein Alten- und Pflegeheim. Träger der Einrichtung ist der Pfarrer-Knaus-Heim e. V. Der Verein ist Mitglied im Caritasverband der Erzdiözese Augsburg.

Ihre Ansprechpartner im Pfarrer-Knaus-Heim sind:

**Heim und Pflegedienstleitung:** Klaus Ponkratz

**Verwaltung:** Andrea Reiser

Anna Do

Tetiana Savisko

**Küche / Hauswirtschaft:** Petra Günther-Magg

Die o. g. Mitarbeiter geben Ihnen gerne zu allen Fragen Auskunft, die in Verbindung mit der zukünftigen Heimaufnahme stehen.

Bei Rückfragen zur Heimaufnahme (Zimmerbelegungen), wenden Sie sich bitte an unsere Heim- und Pflegedienstleitung.

## Merkblatt zur Heimaufnahme:

Wir benötigen:

1. Die vollständig ausgefüllte Anmeldung zur Heimaufnahme und falls vorhanden, den Pflegekassenbescheid über den Pflegegrad.
  
2. Falls ein Sozialhilfeantrag gestellt werden muss:
  - Die aktuellen Rentenbescheide
  - Kontoauszüge der Girokonten der letzten 3 Monate vor der Heimaufnahme, bzw. Antragsstellung (vollständig!)
  - Vermögensnachweise (alle Seiten der Sparbücher, Aktienfonds, Bausparverträge, Lebensversicherungen, Sterbegeldversicherungen, Bestattungsvorsorgen, etc.)
  - Eine aktuelle Kontenübersicht – ausgestellt von den kontenführenden Kreditinstituten.
  
3. **Krankenversicherungskarten** und evtl. Zuzahlungsbefreiung für Medikamente und Krankenfahrten.
  
4. Einen **aktuellen** Medikamentenplan
  
5. Den neuesten Krankenhausbericht, sowie den ärztlichen Fragebogen (siehe Anlage)
  
6. Sollte sich der Wohnsitz vor der Heimaufnahme in einem anderen Bundesland befinden, benötigen wir eine Abmeldung vom zuständigen Einwohnermeldeamt.
  
7. Betreuungs- bzw. Vorsorgevollmacht in Kopie
  
8. Patientenverfügung
  
9. Denken Sie daran, dass mit dem Einzug ins Pfarrer-Knaus-Heim ihr Angehöriger von den Rundfunkgebühren befreit ist. Das entsprechende Formular erhalten Sie von uns in der Verwaltung.
  
10. Den in der Anlage befindlichen Biografiebogen.

### Versorgung mit Inkontinenzartikeln während der Kurzzeitpflege

Die Krankenkassen übernehmen während der Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege nicht die Versorgung mit Inkontinenzartikeln. Diese müssen von zu Hause mitgebracht werden.

Sollten für die Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege keine Inkontinenzartikel von zu Hause zur Verfügung gestellt werden, wird die Einrichtung je Versorgungstag 1,50 € in Rechnung stellen.

Wir haben diesem Schreiben zu Ihrer Information beigelegt:

1. Eine unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme
2. Eine Information für den Nachtdienst und Tagdienst
3. Einen Vorschlag zur Erstausrüstung mit Kleidern und Hygieneartikeln zum Heimeinzug
4. Ein Merkblatt zur Heimaufnahme, das Sie weitestgehend über alle notwendigen Verwaltungsvorgänge informiert, wie z. B. welche Papiere benötigt werden.
5. Einen Biografiebogen
6. Einen ärztlichen Fragebogen

Wenn Sie nach dem Lesen der vielen Informationen über das Eine oder Andere noch im Unklaren sind, können Sie gerne einen Gesprächstermin mit uns vereinbaren. Dieses Gespräch kann auch mit der Besichtigung der Einrichtung verbunden werden.

Sollten Sie danach sich selbst, Ihre/m Angehörige/n oder Ihre/n Betreute/n zur Heimaufnahme bei uns anmelden wollen, geben Sie uns bitte die vollständig ausgefüllte Anmeldung zur Heimaufnahme zurück.

Sollte dann der gewünschte Heimplatz wegen voller Auslastung nicht sofort zur Verfügung stehen, werden wir sie umgehend in Kenntnis setzen, wenn wir Ihnen einen Platz anbieten können.

Mit freundlichen Grüßen

Klaus Ponkratz  
Heimleiter



## Ihre Daten

Nachname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand (ledig, verwitwet, etc.): \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Adresse:

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Lebenssituation:

Alleinstehend

Mit Ehe/Lebenspartner

Bei/mit Kindern

verwitwet

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Hausarzt

Name: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Betreuer

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten Nr.: \_\_\_\_\_

*Wurden Sie bereits in einem Pflegegrad eingestuft?*

- Nein
- Ja, Pflegegrad 1
- Ja, Pflegegrad 2
- Ja, Pflegegrad 3
- Ja, Pflegegrad 4
- Ja, Pflegegrad 5

*Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?*  Ja  Nein

*Bestehen gerichtliche Betreuungen?*  Ja  Nein

➔ Wenn ja, für welche Bereiche?

---

---

---

**Besteht eine Vorsorgevollmacht?**

Ja

Nein

➔ Wenn ja, für welche Bereiche?

---

---

**Schwerbehinderten Ausweis  
vorhanden?**

Ja

Nein

**Zuzahlungsbefreit? (Ausweis)**

Ja

Nein

### Daten zum Einzug

**Wie dringend ist die Aufnahme?**

- Sehr dringend, da keine Angehörigen Vorhanden sind.
- Sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und alleine nicht mehr zurechtkomme.
- Dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind.
- Weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung.

**Gewünschter Aufnahmetermin?**

➔ \_\_\_\_\_

### Einzelzimmer/Doppelzimmer

Einzelzimmer

Doppelzimmer

- teilweise mit Bad
- Möglichkeit der Teilmöblierung
- TV-Kabelanschluss
- Telefonanschluss

### Wichtige Angehörige

**1-Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

*Darf dieser Person Auskunft über Sie erteilt werden?*

Ja  Nein

### Wichtige Angehörige

**2-Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

*Darf dieser Person Auskunft über Sie erteilt werden?*

Ja  Nein

### Wichtige Angehörige

**3-Name/Vorname:** \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

*Darf dieser Person Auskunft über Sie erteilt werden?*

Ja  Nein

## Unterstützung

*Gerne unterstützen wir Sie bei Ihrem Umzug in unser Haus.  
Was können wir für Sie tun?*

- Hilfe bei der Ummeldung beim Ordnungsamt, Rentenkasse, Krankenkasse usw.
- Ggf. Hilfe bei der Einrichtung einer neuen Bankverbindung
- Beratung bei der Inanspruchnahme von staatlichen Hilfen bei eigener Mittellosigkeit
- Suche eines geeigneten Fahrdienstes für den Transfer in die Pflegeeinrichtung
- Hilfe beim Einrichten des Zimmers in der Pflegeeinrichtung
- Hilfe bei der Suche nach einem neuen Hausarzt
- Hilfe bei der Auswahl von ggf. benötigten Therapeuten
- Vorschlagen von intern/extern praktizierenden Frisören, Fußpflegern usw.
- Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur lokalen Kirchengemeinde

### **Weitere Anmerkungen:**

---

---

---

---

---

---

Datum, Ihre Unterschrift

---

Ggf. Datum, Unterschrift des  
Betreuers/Bevollmächtigten



## Heimaufnahme

### *Informationen*

Nachtdienst und Tagdienst (bitte ausgefüllt zurückgeben)

Sehr geehrte/r Angehöriger/Betreuer,

wir wissen, dass die folgenden Fragen mitunter seelisch sehr belastend für die Auskunft gebenden sind. Und weil sie belastend sind, schiebt man anstehende Gespräche darüber gerne vor sich her. Das wissen wir aus eigener Erfahrung. Aber wir wollen in jedem Fall im Sinne und nach dem Willen unserer Bewohner und deren Angehörigen handeln! Aus diesem Grund ist es für uns wichtig, dass Sie uns die folgenden Fragen (deren Beantwortung auch von der Heimaufsicht gewünscht wird) beantworten. Nur so können wir uns jedem der unten aufgeführten Fälle korrekt und nach Ihrem Willen entscheiden!

**Sollten während der Nacht eine Krankenhauseinweisung Ihres Angehörigen oder Betreuten nötig sein – sollen wir Sie sofort benachrichtigen oder wünschen Sie die Mitteilung erst am folgenden Morgen:**

In der Nacht

Am folgenden Morgen

**Ebenfalls benötigen wir Ihre Anweisungen im Falle des Todes Ihres Angehörigen oder Betreuten in der Nacht. Sollen wir Sie sofort benachrichtigen oder wünschen Sie die Mitteilung erst am folgenden Morgen:**

In der Nacht

Am folgenden Morgen

**Sollte sich der Zustand Ihres Angehörigen oder Betreuten so sehr verschlechtern, dass mit ihrem/seinen Ableben zu rechnen ist, ist dann der Besuch eines Pfarrers/Seelsorgers gewünscht.**

Ja

Nein

**Sollte dieser Fall eintreten, soll dann von uns ein Bestattungsunternehmen informiert werden- wenn ja, welches und wird eine**

Erdbestattung

oder eine

Feuerbestattung gewünscht?

Bestattungsunternehmen:

---

---

Vielen Dank für Ihre Auskunft.

---

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie uns dieses Schreiben zurück oder geben Sie es bei Ihrem nächsten Besuch in der Verwaltung oder beim Pflegepersonal ab.



Liebe Heimbewohnerin, lieber Heimbewohner,

die untenstehende Liste ist eine Orientierungshilfe für dringend benötigte Kleidungsartikel.

Wir versuchen, so weit wie möglich auf Ihre persönlichen Wünsche, z. B. Accessoires wie Hut, Schal, Kittelschürze usw. einzugehen.

Bitte achten Sie jedoch darauf, dass Ihre Kleidung **pflegeleicht, vollwaschbar und trocknergeeignet** ist.

Aus hygienischen Gründen sind wir verpflichtet, mit desinfizierendem Waschmittel zu waschen. Wäsche aus Wolle hält dieser Beanspruchung nicht stand. Darum bitte keine Kleidungsstücke aus (auch waschbarer) Wolle! Bitte bedenken Sie, dass diese vorschriftsmäßige Behandlung der Wäsche schneller verschleißt und der Wäschebestand immer wieder aufgestockt werden muss. Wir benachrichtigen Sie gerne.

**Kleidung:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 10x Unterhemden                     | <input type="checkbox"/> 5x Rock                                |
| <input type="checkbox"/> 20x Unterhose                       | <input type="checkbox"/> 5x Hose                                |
| <input type="checkbox"/> 5x BH                               | <input type="checkbox"/> 2x Sweatshirt                          |
| <input type="checkbox"/> 10x Strümpfe                        | <input type="checkbox"/> 1x Sporthose                           |
| <input type="checkbox"/> 10x Strumpfhose <i>(bei Bedarf)</i> | <input type="checkbox"/> 2x Strickjacke                         |
| <input type="checkbox"/> 1x Bademantel                       | <input type="checkbox"/> Weste <i>(wenn gewünscht)</i>          |
| <input type="checkbox"/> 10x Nachthemd                       | <input type="checkbox"/> Jacke <i>(Winter- und Sommerjacke)</i> |
| <input type="checkbox"/> 10x Schlafanzug/2-teilig            | <input type="checkbox"/> Halstuch/Schal <i>(Bei Bedarf)</i>     |
| <input type="checkbox"/> 5x Hemd                             | <input type="checkbox"/> Taschentücher <i>(wenn gewünscht)</i>  |
| <input type="checkbox"/> 5x Bluse                            | <input type="checkbox"/> Schuhe <i>(Sommer und Winter)</i>      |
| <input type="checkbox"/> 5x Kleid/2-teilig                   | 1x geschlossene Hausschuhe<br>2x Straßenschuhe                  |

**Alle Kleidungsstücke, die mitgebracht werden, müssen mit Namenszeichen versehen werden – sonst kann keine Garantie für die Wäsche übernommen werden! Gerne übernehmen wir die Zeichnung der Wäsche für Sie. Bitte geben Sie rechtzeitig bescheid, ob Sie diese Leistung in Anspruch nehmen möchten.**



## Aromapflege

### *Einverständniserklärung*

Unter Aromapflege verstehen wir den Gebrauch ätherischer Öle für das allgemeine körperlich-seelische Wohlbefinden.

Es findet eine gezielte Auswahl der Öle und Trägersubstanzen statt: Aromapflege kann auch ein wohltuender Weg sein, unnötige Medikamentengaben zu vermeiden und gesundheitsfördernd wirken.

*Wir verwenden Aromapflege an, um zu:*

- Beruhigen (Stress, Angst abbauen)
- Anregen (Freude, Lebensmut)
- Zugang finden (Erinnerung; Gefühle)
- Stimmung aufhellen
- Schlaf fördern
- Immunsystem stärken

Es gibt dafür verschiedene Möglichkeiten der Anwendung:  
Bad (Hand/Fuß), Streichungen, Einreibung, elektrische Duftlampe

Ich bin damit einverstanden, dass bei

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Aromapflege im Rahmen der Basalen Stimulation durchgeführt wird.

---

Datum:

Unterschrift:





Pfarrer-Knaus-Heim e. V. | Pfarrer-Knaus-Str. 1 | 86556 Kühbach

Telefon: 08251/88709-13 Pflege  
08251/88709- 0 Zentrale

Fax: 08251/8870920

E-Mail: [info@pfarrer-knaus-heim.de](mailto:info@pfarrer-knaus-heim.de)

## Erklärung über die Zahnmedizinische Versorgung

Sehr geehrte(r) Heimbewohner(in), Angehörige und Betreuer,

die Zahn- und Mundgesundheit hat auch im Alter einen hohen Stellenwert für das Allgemeinbefinden und die Lebensqualität eines Menschen. Ein funktionsfähiges Gebiss ist Voraussetzung für die Aufnahme und Verarbeitung einer vielseitigen, vollwertigen und gesunden Ernährung, aber auch für die Kommunikation und das soziale Verhalten. Darüber hinaus ist eine entzündungsfreie Mundhöhle nachgewiesenermaßen ein nicht zu unterschätzender Faktor für die Verhinderung von Allgemeinerkrankungen und, eine Reihe von chronischen Erkrankungen, die sich im Alter häufen können – vor allem Diabetes mellitus-, ist mit Erkrankungen des Zahnhalteapparates und der Mundschleimhaut assoziiert. Mit zunehmendem Alter wächst zudem die Gefahr, dass sich Mundschleimhautveränderungen bilden, die bösartig sein können; eine regelmäßige Inspektion der Mundhöhle stellt deshalb eine unerlässliche Vorsorgemaßnahme dar.

In dem Bestreben, die Zahn- und Mundgesundheit der Bewohner unseres Alten- und Pflegeheimes zu verbessern und um eine vorbeugende Betreuung zu gewährleisten, bieten wir Ihnen eine **kostenlose** Vorsorgeuntersuchung in unserem Hause an, d.h. die ZAHNARZTPRAXIS Watzinger aus Aichach (Kooperationsvertrag mit dem Pfarrer-Knaus-Heim) wird **zweimal** im Jahr bei uns im Heim eine Vorsorgeuntersuchung bei allen Heimbewohnern, die das wünschen, durchführen.

Auch werden wir die Angehörigen und Betreuer der Heimbewohner kontaktieren, falls das für die präventive und therapeutische Versorgung notwendig ist.

Wir bitten Sie deshalb, die beiliegende Erklärung über die Zahnmedizinische Versorgung zu unterschreiben und bei uns in der Verwaltung abzugeben. Bei Fragen rufen Sie uns bitte an.

Mit freundlichen Grüßen

Pfarrer-Knaus-Heim e.V.

Dieses Schreiben wurde in einem automatisierten Verfahren gefertigt und ist deshalb nicht unterschrieben!



# PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

LIEBEVOLL. GANZHEITLICH. NACHHALTIG.

Pfarrer-Knaus-Heim e. V. | Pfarrer-Knaus-Str. 1 | 86556 Kühbach

Telefon: 08251/88709-13 Pflege  
08251/88709- 0 Zentrale  
Fax: 08251/8870920  
E-Mail: [info@pfarrer-knaus-heim.de](mailto:info@pfarrer-knaus-heim.de)

## Erklärung über die Zahnmedizinische Versorgung

### **Bewohnerdaten**

Name, Vorname:

---

### **Betreuerdaten**

Name, Vorname:

---

Adresse:

---

Hiermit erkläre ich mich mit der Zahnmedizinischen Versorgung durch die Praxis Dr. Watzinger, Werlbergerstraße 21, 86551 Aichach und die Weiterleitung der oben angegebenen Bewohner- und Betreuerdaten an die Praxis Dr. Watzinger einverstanden.

Ich bin nicht einverstanden.

---

(Ort, Datum)

---

Unterschrift des Bewohners/des  
Bevollmächtigten

# Ärztlicher Fragebogen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten und Zutreffendes ankreuzen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## ICD 10-Code:

---

---

---

---

---

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

Dekubitus/ chronische Wunde?

ja

nein

Kontraktur?

ja

nein

Bestehen Suchtkrankheiten

ja

nein

Liegen psychische Störungen vor?

ja

nein

Hat der Patient einen Herzschrittmacher?

ja

nein

Hat der Patient einen Shunt?

ja

nein

Erhält der Patient blutverdünnende Medikament?

ja

nein

Liegen Allergien vor?

ja

nein

Ist der Patient an Diabetes mellitus erkrankt?

ja

nein

## Ansteckende Krankheiten

Ist der Patient frei von ansteckungsfähigen TBC?

ja nein

Ist der Patient frei von MRGN3 / MRGN4?

ja nein wo: \_\_\_\_\_

Ist der Patient frei von MRSA?

ja nein wo: \_\_\_\_\_

Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Krankheiten?

ja nein welche: \_\_\_\_\_





Sehr geehrte Pfarrer-Knaus-Heimbewohner, sehr geehrte Angehörige und Betreuer,

die Markt-Apotheke Kühbach ist die beliefernde Apotheke für die Bewohner des Pfarrer-Knaus-Heims in Kühbach. Selbstverständlich steht es jedem frei, die Versorgung mit anderen Apotheken selbst zu organisieren. Durch unsere räumliche Nähe können wir die Arzneimittelbelieferung jedoch sehr flexibel und zeitnah gewährleisten.

Falls Sie also eine Versorgung durch die Markt-Apotheke Kühbach wünschen, füllen Sie bitte unbedingt die Einverständniserklärung zum Bundesdatenschutzgesetz aus. Diese wird für die Speicherung der Daten benötigt und ermöglicht uns damit erst die Rechnungsstellung und unsere permanenten Überprüfungen auf Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten. Zudem brauchen wir die Erklärung, um im Problemfall zum behandelnden Arzt Kontakt aufnehmen zu können.

Falls die Rechnung nicht zum Bewohner selbst, sondern alternativ zu den Angehörigen oder einem Betreuer gesendet werden soll, geben Sie entsprechende Kontaktdaten bitte an (siehe Formular Weitere Angaben Bewohner/Betreuer/Angehöriger)

Die Rechnungsstellung erfolgt zum Quartalsende, also alle drei Monate. Bei erwünschtem SEPA-Lastschrift-Verfahren (bitte Formular ausfüllen) gewähren wir ein Zahlungsziel von 14 Tagen, sie können die Rechnungen aber auch überweisen oder bar/per EC-Lastschrift bei uns in der Apotheke bezahlen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen,

Markt Apotheke Kühbach

Markt-Apotheke Kühbach e.K.  
Marktplatz 1  
86556 Kühbach

Tel. 08251 1617  
Fax 08251 872391  
[info@markt-apotheke-kuehbach.de](mailto:info@markt-apotheke-kuehbach.de)  
[www.apotheke-kuehbach.de](http://www.apotheke-kuehbach.de)

# SEPA-Basis-Lastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen

Markt-Apotheke Kühbach e. K., Marktplatz 1, 86556 Kühbach

Gläubiger-Identifikationsnummer:

---

Mandatsreferenz\*:

---

Kundennummer\*:

---

Apotheke zugeteilt

\*wird von

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Markt-Apotheke, ZAHLUNGEN von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir unser Kreditinstitut an, die auf meinem/unserem Konto gezogenen LASTSCHRIFTEN einzulösen.

**Hinweis:** Der Zahlungspflichtige kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Kontoinhabers:

---

Straße, Hausnummer:

---

PLZ/Ort:

---

Kreditinstitut:

---

IBAN:

---

BIC:

---

## **Zahlungsbedingungen:**

Der Zahlungsempfänger hat die jeweilige Lastschrifteinlösung spätestens bis 14 Tage vor Einzug schriftlich unter der Angabe des Betrages, des Fälligkeitsdatums, der Gläubiger-Identifikationsnummer und der Mandatsreferenz anzuzeigen. Der Zahlungsempfänger hat vor dem ersten Einzug im SEPA-Lastschriftverfahren über den Einzug in dieser Verfahrensart zu informieren.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---

Markt-Apotheke Kühbach e.K.  
Marktplatz 1  
86556 Kühbach

Tel. 08251 1617  
Fax 08251 872391  
[info@markt-apotheke-kuehbach.de](mailto:info@markt-apotheke-kuehbach.de)  
[www.apotheke-kuehbach.de](http://www.apotheke-kuehbach.de)

## Einwilligungserklärung zum Datenschutz nach DSGVO

### **Ich möchte die Vorteile einer persönlichen Kundenkarte nutzen und willige in deren Erstellung ein.**

Ich willige ein, dass die Apotheke meine personenbezogenen Daten für die pharmazeutische Betreuung erhebt, um arzneimittel- und gesundheitsbezogene Aufgaben wie die Rezeptabwicklung, die Erfassung meiner Eigenleistungen zur Vorlage bei Krankenkasse oder Finanzamt sowie die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplanes gemäß SGB V zu erfüllen.

Ich bin damit einverstanden, dass neben den personenbezogenen Stammdaten auch gesundheitsbezogene Daten, wie bspw. Zu Medikation, Gesundheitszustand und Beratungsgesprächen gespeichert werden. Sofern eine Rücksprache mit meinen behandelnden Ärzten zu Medikation oder vergleichbaren Informationen nötig ist, bin ich mit der Einholung von Auskünften einverstanden.

Eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an Dritte darf nicht ohne meine Zustimmung erfolgen, es sei denn übergeordnete Gesetze und Vorschriften machen dies erforderlich (wie bspw. An Verrechnungsstellen, Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden, Steuerberater, auftragsdatenverarbeitende Dienstleister).

Ich bin damit einverstanden, dass meine zur pharmazeutischen Betreuung notwendigen Daten im Zugriff aller evtl. vorhandenen Filialen der Apotheke, sowie innerhalb der ggf. im Verbund angeschlossenen Apotheken sind und dort ebenso gespeichert werden. Ich wurde über die näheren Einzelheiten dazu ausdrücklich informiert.

Sollte der Inhaber der Apotheke wechseln, so stimme ich einer Weitergabe meiner gespeicherten Daten an den neuen Inhaber zu.

Ich bin jederzeit berechtigt, Einsicht in meine personenbezogenen Daten sowie eine schriftliche Auskunft zu erhalten. Ich kann zudem jederzeit deren Berichtigung und Löschung fordern, sofern eine übergeordnete gesetzliche Vorschrift die Datenspeicherung weiterhin erfordert.

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig und kann sie für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen. In diesem Fall verliert die Kundenkarte ihre Gültigkeit.

Ja, ich bin damit einverstanden, Informationen zu Gesundheitsthemen (wie Produkten, Sonderaktionen, Vorträge u. ä.) sowie persönliche Nachrichten (wie Geburtstagswünsche) schriftlich/digital\* (\*Nichtzutreffendes streichen) von meiner Apotheke zu erhalten.

Nein, ich möchte keine weiteren Informationen und Nachrichten erhalten.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Zuzahlungsbefreiung liegt vor: (bitte  Ja  Nein

Kopie des Ausweises beilegen)

Hausarzt:

Datum, Unterschrift

## **Weitere Angaben Bewohner/Betreuer/Angehörige**

Bewohner:

Bekannte Unverträglichkeiten,  
Allergien:

---

Anmerkungen, Sonstiges:

---

### **Rechnungs- und Kontaktadresse Betreuer/Angehörige:**

**Name, Vorname:**

---

**Geburtsdatum:**

---

**Straße:**

---

**PLZ/Ort:**

---

**Telefon:**

---



## Biografie-bogen

„Das Geheimnis des Genies besteht darin, den Geist des Kindes ins hohe Alter zu tragen, was bedeutet, dass Sie niemals Ihre Begeisterung verlieren.“

(Aldous Huxley)

### Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_

Sternzeichen: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

### Kindheit und Jugend/Familienleben

Name der Eltern: \_\_\_\_\_

*Woher kamen die Eltern?*

- Mutter: \_\_\_\_\_
- Vater: \_\_\_\_\_

*Beruf der Eltern?*

- Mutter: \_\_\_\_\_
- Vater: \_\_\_\_\_



*Wann sind die Eltern verstorben?*

- Mutter: \_\_\_\_\_
- Vater: \_\_\_\_\_

*Haben Sie Geschwister?*

---

---

*Wer sind Ihre Bezugspersonen? (z. B. im Freundeskreis, Familie, etc.)*

---

---

*Erinnern Sie sich noch an prägende Ereignisse aus Ihrer Kindheit?*

---

---

---

---

*Haben Sie Ehe-, Lebenspartner, Kinder oder Enkel?*

---

---

**Schul- und Berufsbildung, Lebenssituation**



*Schulbildung:* \_\_\_\_\_

*Sind Sie gerne in die Schule gegangen?* \_\_\_\_\_

*Welchen Beruf haben Sie erlernt und ausgeübt?* \_\_\_\_\_

---

---

*Wie sah Ihre Lebenssituation vor Einzug in unser Heim aus?*

---

---

---

*Aus welchem Grund, ziehen Sie in das Pfarrer-Knaus-Heim?*

---

---

## Interessen



Lesen Sie gerne Bücher oder Zeitschriften? Wenn ja, welche?

---

Schauen Sie gerne Fernsehen? Oder haben Sie sogar einen Lieblingsfilm?

---

Welche Musik hören Sie gerne?

---

Wie stehen Sie zur Natur? (Haben Sie z. B. viel im Garten gearbeitet?)

---

Haben Sie ein Lieblingstier oder hatten Sie eventuell Haustiere?

---



## Essen und Trinken

Lieblingsessen: \_\_\_\_\_ Abneigungen: \_\_\_\_\_

Lieblingsgetränk: \_\_\_\_\_

Wann wurde bei Ihnen für gewöhnlich gegessen? \_\_\_\_\_

---

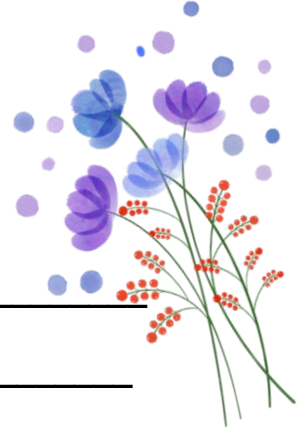
Haben Sie im Familienbund gegessen oder alleine? \_\_\_\_\_

Durfte während den Mahlzeiten gesprochen werden? \_\_\_\_\_

Wurde vor dem Essen gebetet? \_\_\_\_\_

„Wenn ihr gegessen und getrunken habt, seid ihr wie neu geboren; seid stärker, mutiger, geschickter zu eurem Geschäft.“

– Johann Wolfgang von Goethe



## Erscheinungsbild

Haben Sie eine Lieblingskleidung? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frisur, Make-Up, Nagelpflege, Körperpflege: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Lieblingsduft? (Parfum, etc.)

\_\_\_\_\_

Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_ Rechts/Linkshänder: \_\_\_\_\_

Haben Sie ein Lebensmotto?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an das Pfarrer-Knaus-Heim?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Angaben in diesem Bogen sollen es den Menschen, die an der Pflege, Begleitung, Betreuung und Beratung der Bewohner mitwirken, erleichtern, Wünsche, Gewohnheiten, Eigenheiten etc. zu berücksichtigen.

Alle Angaben sind freiwillig, es findet keine Wertung statt. Möchten Sie keine Angaben machen, so ist dies zu akzeptieren. Die Biografie Arbeit findet dann an den geschichtlichen, politischen, gesellschaftlichen Ereignissen während der bisherigen Lebensspanne des Bewohners statt.

Dieser Biografie Bogen wird immer wieder ergänzt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Legende: **B** = vom Bewohner erfahren  
**A** = von Angehörigen erfahren  
**F** = von Freunden und Bekannten erfahren  
**M** = Beobachtung der Mitarbeiter



# PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

LIEBEVOLL. GANZHEITLICH. NACHHALTIG.

Telefon: 08251/88709-13 Pflege  
08251/88709-10 Zentrale  
Fax: 08251/88709-20  
E-Mail: info@pfarrer-knaus-heim.de

## Interessenten-Kontakt – für die Warteliste

Interessenten/Kontaktperson

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort, PLZ; Straße: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Beziehung/Bewohner: \_\_\_\_\_

Erstkontakt: \_\_\_\_\_

Kategorie: \_\_\_\_\_

Künftiger Bewohner:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Wohnort, PLZ; Straße: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pflegeform:  Stationäre Pflege  Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege

Pflegegrad:  I  II  III  IIII  IIIII  Kein PG

**Zeitraum:** ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Unterbringung:**  Einzelzimmer/Altbau  Einzelzimmer/Neubau  Doppelzimmer

**Gesundheitszustand:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mobilität:** \_\_\_\_\_

**Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

### **Einrichtung ist bekannt durch:**

Bekannte  Empfehlung Bewohner/Angehörige  Veranstaltung  Krankenhaus

Internet  Presse  Arzt  Sozialstation  Sonstiges

Ich bin einverstanden, dass die erhobenen Daten zu Beratungszwecken verwendet werden und dass ich telefonisch/postalisch/per E-Mail kontaktiert werde. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Einwilligung kann jederzeit von mir widerrufen werden. Wir bitten um Ihr Verständnis, § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verpflichtet uns, Ihre schriftliche Zustimmung zur Verarbeitung personenbezogener Daten einzuholen.

Datum:

Unterschrift:





# PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

LIEBEVOLL, GANZHEITLICH, NACHHALTIG.

Einzelzimmer Neubau:

Laufzeit: 01.01.25 – 30.11.2025

Pflegegrad	Pflegekosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitions- kosten	Ausbildungs- zuschlag ab 01.09.2025	Ausbildungs- umlage ab 01.01.2025	Tagessatz	Monat 30,42 Tage gesamt	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil pro Monat
1	70,86	15,02	16,81	17,64	5,71	3,89	129,93	3952,47	131,00	3821,47
2	89,65	15,02	16,81	17,64	5,71	3,89	148,72	4524,06	805,00	3719,06
3	106,54	15,02	16,81	17,64	5,71	3,89	165,61	5037,86	1.319,00	3718,86
4	124,16	15,02	16,81	17,64	5,71	3,89	183,23	5573,86	1.855,00	3718,86
5	132,09	15,02	16,81	17,64	5,71	3,89	191,16	5815,09	2.096,00	3719,09

Einzelzimmer Altbau:

Pflegegrad	Pflegekosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitions- kosten	Ausbildungs- zuschlag ab 01.09.2025	Ausbildungs- umlage ab 01.01.2025	Tagessatz	Monat 30,42 Tage gesamt	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil pro Monat
1	70,86	15,02	16,81	14,60	5,71	3,89	126,89	3859,99	131,00	3728,99
2	89,65	15,02	16,81	14,60	5,71	3,89	145,68	4431,59	805,00	3626,59
3	106,54	15,02	16,81	14,60	5,71	3,89	162,57	4945,38	1.319,00	3626,38
4	124,16	15,02	16,81	14,60	5,71	3,89	180,19	5481,38	1.855,00	3626,38
5	132,09	15,02	16,81	14,60	5,71	3,89	188,12	5722,61	2.096,00	3626,61

\*eingestrente  
Kurzeitofl.  
Pfle.-Grad 2-5

Doppelzimmer:

Pflegegrad	Pflegekosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitions- kosten	Ausbildungs- zuschlag ab 01.09.2025	Ausbildungs- umlage ab 01.01.2025	Tagessatz	Monat 30,42	Anteil Pflegekasse	Eigenanteil pro Monat
1	70,86	15,02	16,81	10,58	5,71	3,89	122,87	3737,71	131,00	3606,71
2	89,65	15,02	16,81	10,58	5,71	3,89	141,66	4309,30	805,00	3504,30
3	106,54	15,02	16,81	10,58	5,71	3,89	158,55	4823,09	1.319,00	3504,09
4	124,16	15,02	16,81	10,58	5,71	3,89	176,17	5359,09	1.855,00	3504,09
5	132,09	15,02	16,81	10,58	5,71	3,89	184,10	5600,32	2.096,00	3504,32

\*eingestrente  
Kurzeitofl.  
Pfle.-Grad 2-5



PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

LIEBEVOLL. GANZHEITLICH. NACHHALTIG.

### Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege, §42a SGB XI

Ab dem 01.07.2025 werden die Zahlungen der Verhinderungspflege (VHP) und die Kurzzeitpflege (KZP) zusammengelegt. Dafür steht je Kalenderjahr ein **gemeinsamer Jahresbetrag von 3539 EUR** für längstens 56 Tage zur Verfügung. Der gemeinsame Jahresbetrag kann für die Kurzzeitpflege eingesetzt werden und gilt auch für eine Verhinderungspflege. Der Gesamtbetrag kann nach Wahl flexibel für beide Leistungsarten eingesetzt werden. Diese gesetzliche Regelung gilt für die Pflegegrade 2-5. Die Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Investition hat der Gast selbst zu tragen.

### Bitte beachten Sie:

Seit dem Jahr 2024 zahlt die Pflegekasse Zuschüsse zum Eigenanteil an den Pflegekosten, wenn die pflegebedürftige Person stationär in einem Pflegeheim untergebracht ist. Diese Zuschüsse sind nach der Aufenthaltsdauer gestaffelt und liegen zwischen 15 und 75 Prozent.

Im **1. Jahr:** 15%

Im **2. Jahr:** 30%

Im **3. Jahr:** 50%

und **ab dem 4. Jahr:** 75%

Die Zuschüsse zum Eigenanteil betreffen weiterhin **nur die Pflegekosten** und nicht die anderen Kostenpunkte, die in einer stationären Pflegeeinrichtung anfallen.

## Eingestrente Tagespflege

Preise: 01.12.2024 – 30.11.2025



## PFARRER KNAUS HEIM KÜHBACH E. V.

Für die e-Tapf im Pfarre-Knaus-Heim e. V.  
Informationen zu den Kosten im Rahmen der vorvertraglichen Informationspflicht.

LIEBEVOLL. GANZHEITLICH. NACHHALTIG.

Der Tagessatz bezieht sich auf eine tägliche Versorgung von 8:00 – 16:00 Uhr (Montag-Freitag)

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	
<b>ganztägig</b>	Entgelt für Pflege und Betreuung	41,11	55,83	62,25	70,68	82,46
	Unterkunft	5,49	5,49	5,49	5,49	5,49
	Verpflegung	9,29	9,29	9,29	9,29	9,29
	Investitionskosten	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	Ausbildungsumlage	-	-	-	-	-
Gesamtkosten pro Tag	57,89	72,61	79,03	87,46	99,24	

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5	
<b>halbtags</b>	Entgelt für Pflege und Betreuung	22,48	29,48	33,05	37,26	43,15
	Unterkunft	3,66	3,66	3,66	3,66	3,66
	Verpflegung	6,97	6,97	6,97	6,97	6,97
	Investitionskosten	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	Ausbildungsumlage	-	-	-	-	-
Gesamtkosten pro Tag	34,11	41,11	44,68	48,89	54,78	

<b>Monatliche Kostenübernahme der Pflegekasse</b>	0,00 €	721,00 €	1.357,00 €	1.685,00 €	2.085,00 €
<b>Monatlicher Entlastungsbetrag</b>	131,00 €	131,00 €	131,00 €	131,00 €	131,00 €

Die Pflegekasse übernimmt die Kosten für die Pflegevergütung, Ausbildungsumlage sowie km-Pauschale bis zum monatlichen Höchstbetrag.

<b>Entfernungskilometerpauschale:</b>
<b>3,07 Euro</b>

Für die notwendige Beförderung des Pflegebedürftigen von der Wohnung bis zur teilstationären Pflegeeinrichtung und zurück wird pro angefangenem Entfernungskilometer ein Betrag von 3,07 € vereinbart. Dieser Betrag kann jeweils für eine Hin- und eine Rückfahrt pro Aufenthaltstag abgerechnet werden.