



Sozialgemeinschaft
Schiltach / Schenkenzell e.V.

Die Tagespflege (teilstationärer Aufenthalt)



Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V. Vor Ebersbach 1 77761 Schiltach

Tel.: 07836- 93 93 0 Mail: info@sgs-schiltach.de www.sgs-schiltach.de





Herzlich Willkommen

Tagespflege OASE

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Die Tagespflege OASE bietet sämtliche Leistungen rund um das Thema
Tagespflege und Betreuung an.

Wir bieten Ihnen, ihren Eltern oder Großeltern eine fachgerechte Betreuung mit abwechslungsreicher und interessanter Gestaltung des Tagesablaufes an.

Die Gäste werden am Morgen von unserem hauseigenen Fahrdienst zu Hause abgeholt und abends wieder zurückgebracht. Bis zu 17 Gästen können von Montag bis Samstag von 7:30 bis 17:00 Uhr betreut und gefördert werden. Die Tagespflege kann an allen oder einzelnen Wochentagen besucht werden.

Der Tag beginnt nach Wunsch mit einem gemeinsamen Frühstück. Wir bieten täglich ein frisch gekochtes Mittagessen aus unserer hausinternen Küche mit Getränken an. Kaffee und Kuchen am Nachmittag runden das Angebot ab. Eigens geschaffene Ruheräume stehen unseren Gästen für einen erholsamen Mittagsschlaf zur Verfügung.

Sollten Sie weitere Fragen haben, setzen Sie sich gerne mit uns in Verbindung und nutzen Sie unseren kostenfreien Schnuppertag.

Gerne wollen wir Ihnen mit dieser Mappe umfassende Informationen zur Verfügung stellen. Selbstverständlich stehen wir bei Fragen jederzeit zur Verfügung.

Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Uli Eßlinger
Geschäftsführende Leitung



Tanja Hüttner
Tagespflegeleitung



Teresa Kapitza
stellv. Tagespflegeleitung



Informationsschreiben

Tagespflege OASE

Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung

Um Leistungen durch die Pflegekasse oder Ihrer Krankenkasse zu erhalten, ist es notwendig, einen Antrag auf Tagespflege zu stellen.

Formulare hierfür erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Wir möchten Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Einige Fragen können anhand dieser Informationsmappe vielleicht schon beantwortet werden.

Sollten Sie weitergehende Fragen haben, setzen Sie sich gern mit uns in Verbindung.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf den Weg geben:

- Einzugshilfe
- Anmeldung zur Aufnahme
- Biografiebogen
- ärztlicher Fragebogen
- zahnärztlicher Fragebogen
- Zusatzleistungen
- Einwilligungserklärungen
- Entgeltordnung
- Flyer der Sozialgemeinschaft Schiltach/ Schenkenzell e.V.

Kontakt

Tagespflegeleitung

Tel.: 07836/93 93- 0

Fax.: 07836/10 73

E-Mail: info@sgs-schiltach.de



Einzugshilfe Tagespflege

Wir benötigen vor der Aufnahme der Tagespflege in unserem Haus von Ihnen folgende Unterlagen:

Unterlagen und Amtliches

- Anmeldung zur Tagespflege
- ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt bzw. Krankenhaus)
- zahnärztlicher Fragebogen
- Bescheid über die Einstufung in den Pflegegrad (falls vorhanden)
- Genehmigung der teilstationären Pflege
- Vollmacht mit Betreuungsverfügung (falls vorhanden)
- Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Betreuerausweis (Kopie, falls vorhanden)

Medikamente/Rezepte

Tagespflege:

Bitte bringen Sie Medikamente/Inkontinenzmaterial (Originalverpackung), für die Dauer Ihres Aufenthaltes, sowie einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Persönliches

Auch wenn Sie nur zur Tagespflege zu uns kommen, liebgewordene Dinge schaffen ein heimeliges Gefühl. Ob Bilder, Fotos der Verwandten oder das Kuschelkissen, bringen Sie Ihre Schätze mit, damit Sie sich ein Stück weit wie zu Hause fühlen können.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen natürlich immer gerne beratend zur Verfügung.

Ihre Pflegedienstleitung



Anmeldung zur Aufnahme

Wichtig: bitte ausfüllen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Persönliche Angaben (zutreffendes bitte ankreuzen)

- vorsorgliche Anmeldung Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Vollstationäre Pflege Tagespflege

Nachname		Vorname	
Geb.-Datum		Geb.-Ort	
Geb.-Name		Tel. Nummer	
Straße		Wohnort	
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Konfession		erlernter Beruf	

Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Namen der Einrichtung	
Ort	
Aufnahmegrund	
Tel. Nummer	

Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

2.

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Tel. Nummer		Handy	
Verwandtschaftsgrad		e-Mail	

- Gerichtlich Bestellte(r) Betreuer(in) ja nein
Inhaber(in) von Vollmachten ja nein
Patientenverfügung ja nein
Nachweis jeweils bitte beifügen (Kopie)

Name		Vorname	
Straße		Wohnort	
Telefon privat		Telefon dienstlich	
e-Mail		Umfang der Vollmacht	

- Betreuung wird / ist angeregt bzw. beantragt ja nein

Umfang der Vollmacht	
----------------------	--



Hausarzt kommt ins Haus ja nein

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

ggf. behandelnder Facharzt

Name des Arztes		Tel. Nummer	
Anschrift		Ort	

Pflegekasse/ Krankenkasse

Namen der Kasse		Versichertennummer	
-----------------	--	--------------------	--

Befreiung von Rezeptgebühren ja nein

Einstufung der Pflegekasse/ Krankenkasse in Grad 1 2 3 4 5

Achtung! Die Zusage der Kostenübernahme der Pflegekasse/ Krankenkasse muss **spätestens am Aufnahmetag** beantragt sein!

Zusage der Kostenübernahme: liegt vor ist beantragt

KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME

Achtung – unbedingt ausfüllen!

- Leistungen der Pflegekasse/ Krankenkasse
- eigenes Einkommen
- Leistungen vom Versorgungsamt Art: _____
- Beihilfe
- Kostenübernahme ist beim zuständigen Sozialamt in _____ am _____ beantragt

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?

Bewohner/ Gast 1. Ansprechpartner(in) 2. Ansprechpartner(in)

Bankverbindung

Name des Kontoinhabers	
------------------------	--

IBAN		BIC	
------	--	-----	--

Besondere Wünsche (z.B. Zimmerwunsch, Mitnahme von Möbeln, persönliche Gegenstände)

--

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/ wird versandt.

Vor Beginn der stationären Dauerpflege muss die Vorauszahlung von 1200,- € bezahlt werden
Vor Beginn der Kurzzeitpflege muss die Vorauszahlung in Höhe von 300,- € bezahlt werden

Bankverbindung: Volksbank Kinzigtal IBAN DE 82664927000030401700- BIC GENODE61KZT
Sparkasse Wolfach IBAN DE 476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

Ort, Datum

Unterschrift

Biographiebogen

Liebe Angehörige,

Biografiearbeit ist ein Schlüssel zur individuellen Betreuung Ihres Angehörigen. Biografie besteht nicht allein aus Fakten und Daten, sondern auch aus schönen Erinnerungen und negativen Erlebnissen. Die Kenntnis der Biografie ermöglicht es uns, die richtigen Anregungen für Ihren Angehörigen zu finden.

Als Hilfestellung haben wir einen Biografiebogen für Sie zusammengestellt. Bitte beschreiben Sie auch aufgetretene Veränderungen der letzten Monate.

Persönliches

Nachname		Vorname	
Geb. Datum		Früherer Beruf	

Hobbies und Lieblingsbeschäftigung

(z. B. Lieblingsmusik, Sport etc., Ausflüge, Freizeitbeschäftigung wie lesen (Was?), werken etc.)

Ernährung/Essensgewohnheiten

Lieblingsspeisen	
Besondere Abneigungen	
Kochen/Backen	

Wohnen

(Fotos von Haus, Garten, Haustier etc. bitte mitgeben)

Besondere Lebensereignisse

(besonders belastende, erfreuliche, wichtige oder prägende Ereignisse)

Familie/ Freunde

(Anschrift/ Telefonnummern von wichtigen Verwandten, Freunde, Nachbarn)

Eigenschaften/ Werte

Welche Werte sind ihrem Angehörigen besonders wichtig?

Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, _____

Religion

Wird die Religion gelebt? Wenn ja, wie?

Gottesdienstbesuch, beten, Sonstiges _____

Welcher Bestattungswunsch besteht? Feuerbestattung Erdbestattung

Dieser Biografiebogen wurde ausgefüllt am _____ von: _____

Name, Vorname

Tel.:

Beziehung



Ärztlicher Fragebogen
anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme
 Tagespflege Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege
 Bitte vom Hausarzt/ Krankenhausarzt ausfüllen lassen

Nachname		Vorname	
Straße		Wohnort	
Geb. Datum		KV Nummer	

Diagnosen/ somatische und psychiatrische Erkrankungen

1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	

Erschwernisfaktoren/ besondere Hinweise

- insulinpflichtiger Diabetes mellitus tablettenpflichtiger Diabetes mellitus
 Antiepileptikatherapie Antikoagulationstherapie
 Gehörlosigkeit Sehbeeinträchtigung Körpergewicht

Allergien		Implantate	
-----------	--	------------	--

Corona SARS CoV 2 Schutzimpfung:

- Besteht ein Impfschutz? ja nein
 Wenn nein, besteht der Wunsch nach einem Impfschutz? ja nein

Körpergröße		Gewicht	
--------------------	--	----------------	--

Körperpflege:	Hilfebedarf	ja	nein
Teilwaschung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund/ Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm-/ Blasenentleerung	Hilfebedarf	ja	nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettensstuhl, Urinflasche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/ Richten der Kleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
versorgt mit: <input type="checkbox"/> Dauerkatheter		<input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	
Ernährung	Hilfebedarf	ja	nein
mundgerechte Zubereitung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt: ja			
Sondenernährung <input type="checkbox"/>	Lieferfirma:	_____	
besondere Kostformen <input type="checkbox"/>			

Mobilität	Hilfebedarf	ja	nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sitzender Position		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitperson		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:
wird regelmäßig mobilisiert nicht mehr mobilisierbar

Folgende Hilfsmittel befinden sich in Ihrem Besitz:

- | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Gehstock |
| <input type="checkbox"/> elektr. Schiebehilfe | <input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze | <input type="checkbox"/> BZ- Gerät | <input type="checkbox"/> Inhalator |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Sturzgefahr: ja nein
Kontrakturen Lokalisation: _____

Dekubitus Lokalisation: _____

Lähmungen Lokalisation: _____

Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Tag-/Nachtrhythmus | <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Ängste |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> Kooperationsbereitschaft | <input type="checkbox"/> Selbst-/Fremdgefährdung | |
| <input type="checkbox"/> Sprachvermögen | <input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung | <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | |

Orientierung zeitlich örtlich situativ persönlich
Erläuterungen:

Suchterkrankungen:

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Nikotin | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |
|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|---|

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ist der/ die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (IfS Gesetz)? ja nein

Ist der/ die Patientin frei von MRGN (multiresistente Erreger)? ja nein

Medikamente:

Bitte aktuellen ärztlichen Medikamentenplan anfügen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Hausarzt/ Hausärztin
Unterschrift Klinikarzt/ Klinikärztin und Unterschrift
Pflegefachkraft (falls Patientin z.Zt. im Krankenhaus)

Zahnärztlicher Fragebogen

- Heimaufnahme Tagespflege
 Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname	
Geburtstag	
Hauszahnarzt	
Letzter Zahnarztbesuch	
Praxis barrierefrei erreichbar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Eigene Zähne vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Implantate vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz festsitzend (Krone/Brücke)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zahnersatz herausnehmbar (Prothese)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> oben <input type="checkbox"/> unten
Prothesen- u. Mundhygiene selbstständig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnahme von Marcumar?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Empfehlung zur täglichen Mundpflege (incl. Hilfsmittel):

--

Empfehlung zur täglichen Zahnersatzpflege (incl. Hilfsmittel):

--

Prothese nachts im Mund belassen? ja nein

Bonusheft vorhanden? ja nein

Implantatpass vorhanden? ja nein



Zusatzleistungen

Im Rahmen der Tagesbetreuung bieten wir Ihnen Zusatzleistungen an. Diese sind von Ihnen individuell wählbar und können außerhalb des Vertrages gegen gesondertes Entgelt vereinbart werden. In den Preisen ist die gesetzliche Mehrwertsteuer enthalten.

Zusatzleistungen	Preis
sonstige Pflegeartikel	nach gesonderter Preisliste
individuelle Speise- und Getränkewünsche	nach gesonderter Preisliste
spezielle Essenswünsche, welche vom geplanten Speiseplan abweichen	je nach Material/ Zeitaufwand
Begleitung zum Arzt, KH oder sonstige Begleitung Fachkraft Hilfskraft	40,-€/ Std. 30,-€/ Std.
Benutzung Fuhrpark (km- Pauschale)	0,80,-€/ km + Fahrzeit
individuelle Einzelbetreuung	18,60 €/ Std.
Verwaltungspauschale Verauslagung von Gebühren und Kosten für: (Friseur, Apotheke, Rezeptgebühren usw.)	7,-€/ Monat
Baden	35,-€
Duschen mit Hilfe	30,-€
Duschen ohne Hilfe	20,-€

Einwilligungserklärung

zur Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

Ich

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis meines Hausarztes

sowie im Vertretungs- oder Notfall beim behandelnden Arzt

meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten/Psychotherapeuten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

-mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte/Psychotherapeuten und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich sind.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters



Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Leitung der Tagespflege OASE einen aktuelle Medikamentenplan vom Hausarzt meines Angehörigen

Name _____

anfordert.

25.01.2022

(Unterschrift)



Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die Tagespflege OASE bei einem evtl. Ausflug einen Betrag in Höhe von 10,00 € für meinen Angehörigen

Name _____

zur Verfügung hat.

25.01.2022

(Unterschrift)

