



Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Tagespflege „Oase“,

wir bieten Ihnen, Ihren Eltern, oder Großeltern eine professionelle Betreuung mit abwechslungsreicher und interessanter Gestaltung des Tagesablaufes mit z. B. Musikgruppe, einer Werkstattgruppe, Sturzprävention, Besuchen der ortsansässigen Kindergärten und vielem mehr.

Die Gäste werden am Morgen von unserem Fahrdienst zu Hause abgeholt und abends wieder zurückgebracht. Bis zu 17 Gäste 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. Das in unserer Küche frische gekochte Mittagessen sowie Getränke, Kaffee und Kuchen runden das Angebot ab.

Eigens geschaffene Ruhezonen stehen für einen erholsamen Mittagsschlaf zur Verfügung.

Sollten Sie weitergehende Fragen haben, setzen Sie sich gern mit uns in Verbindung oder nutzen Sie einfach unseren kostenlosen Schnuppertag. Besuchen Sie doch einmal unsere Homepage sgs-schiltach.de oder kommen Sie selbst ins in die Tagespflege „Oase“. Dann können Sie sich vor Ort einen Eindruck verschaffen und sich gezielt beraten lassen.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf den Weg geben:

- Fragebogen zur Aufnahme
- Ärztlicher und zahnärztlicher Fragebogen
- Biografiebogen
- Einverständniserklärungen
- Entgeltordnung
- Zusatzleistungen
- Flyer „Gottlob-Freithaler-Haus“
- Flyer „Schlossbergsaal – Event und Catering“
- Flyer „Wellnessbäder“

Um Leistungen durch die Pflegekasse Ihrer Krankenkasse zu erhalten, ist es notwendig, einen Antrag auf Tagespflege zu stellen. Formulare hierfür erhalten Sie bei Ihrer Krankenkasse.

Anmeldung zur Aufnahme

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

zutreffendes bitte ankreuzen

- vorsorgliche Anmeldung Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 vollstationäre Pflege Tagespflege

Name _____ Vorname _____

Geb.- Datum _____ Geb.-Ort _____

Geb.- Name _____ Tel.Nr.: _____

Straße _____ Wohnort _____

Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Beruf _____

Derzeitiger Aufenthalt

- wie oben
 Krankenhaus/ andere Einrichtung

Name der Einrichtung _____ Ort _____

Aufnahmegrund _____

Telefon _____

Ansprechpartner (in) – auch während einer Kurzzeitpflege

1. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

E- Mail: _____

2. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ 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 _____ Telefon _____

Anschrift _____

ggf. behandelnder Facharzt

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

Krankenkasse/ Pflegekasse _____ Vers.Nr. _____

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

BIC _____ IBAN: _____

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



Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme

- Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege
Bitte vom Hausarzt/ Krankenhausarzt ausfüllen lassen

Name _____ Vorname _____ Geb.Datum _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Krankenkasse/ 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: _____

Größe _____ 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. Toilettstuhl, 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"/>			
besondere Kostformen <input type="checkbox"/>			

Lieferfirma: _____



Mobilität	Hilfebedarf	ja	nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <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)



Liebe Angehörige,

Biografiearbeit ist ein Schlüssel zur individuellen Betreuung Ihres Angehörigen. Biografie besteht nicht allein aus Fakten und Daten, sondern auch aus schönen Erinnerungen oder 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

Name, Vorname

Geb.-Datum

frühere Berufstätigkeit

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



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 feststehend (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:	
Empfehlung zur täglichen Zahnersatzpflege:	
Prothese nachts im Mund belassen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bonusheft vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



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





Einverständniserklärung

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

Name _____

anfordert.

13.06.2019

(Unterschrift)





Einverständniserklärung

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.

13.06.2019

(Unterschrift)





Sozialgemeinschaft
Schiltach/Schenkenzell e.V.



Entgeltordnung Tagespflege „Oase“, Stand 01.03.2020

Der Tagessatz bezieht sich auf eine tägliche Versorgung von 7.30 Uhr bis 17.00 Uhr (Montag bis Samstag)

Pflegegrad	Pflegekosten	Investitionskostenanteil	Entgelt für Verpflegung	Entgelt für Unterkunft	Ausbildungsumlage	Tagessatz komplett	Leistungen Pflegekasse pro Monat
	€	€	€	€	€	€	€
0	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	0,00
1	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	125,00
2	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	689,00
3	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	1.298,00
4	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	1.612,00
5	75,34	6,21	6,76	6,30	2,77	97,38	1.995,00

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

Kilometerpauschale	Kosten/Tag
bis 3 km	1,50 €
bis 7 km	3,00 €
bis 11 km	4,50 €
über 11 km	6,00 €
Rollstuhlpauschale	3,00 €

Vergütungszuschlag für Betreuung gemäß § 43 b SGB XI (Öffnungszeiten 6Tage)

6 Anwesenheit	5 Anwesenheit	4 Anwesenheit	3 Anwesenheit	2 Anwesenheit	1 Anwesenheit
182,22 €	151,85 €	121,48 €	91,11 €	60,74 €	30,37 €