

MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
 Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

Einzugstermin:	<input type="checkbox"/> LZP <input type="checkbox"/> KZP, von bis
Wohnbereich:	
Zimmer Nr.:	

(wird von der Verwaltung ausgefüllt)

BewohnerIn

Vorname:	Nachname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Konfession:	
Bisherige Anschrift:		
Straße: PLZ/ Ort: Telefon:		
Post:		
<input type="checkbox"/> Bewohner bekommt Post selbst <input type="checkbox"/> Post wird in der Verwaltung gesammelt		
Covid-Impfung:		
Datum 1. Impfung:		Datum 3. Impfung:
Datum 2. Impfung:		Datum 4. Impfung:
Foto-Veröffentlichung:		
<input type="checkbox"/> ich bin einverstanden <input type="checkbox"/> nein, ich bin nicht einverstanden		
Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Heim, Zuhause):		

Krankenkasse

Name:		
Versicherten-Nummer:	Beihilfe:	Zuzahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

1. Angehörige Person RechnungsempfängerIN

Nachname:	Vorname:	Telefon privat:
Straße:	PLZ/Ort:	Telefon Handy:
Verwandtschaftsverhältnis:	E-Mail:	

2. Angehörige Person

Nachname:	Vorname:	Telefon privat:
Straße:	PLZ/Ort:	Telefon Handy:
Verwandtschaftsverhältnis:	E-Mail:	

Ggf. BetreuerIN Gesetzliche Vertretung (ohne Verwandtschaftsverhältnis)

Nachname:	Vorname:	Telefon privat:
Straße:	PLZ/Ort:	Telefon Handy:
Wirkungskreis:	E-Mail:	

Vorsorgevollmacht/ Betreuung (bitte immer Kopie anfordern):

- Vollmacht
 PatientInnenverfügung
 Betreuung

Lastschrift für die Heimkosten

Bankinstitut:
IBAN:
Name von KontoinhaberIn:
<input type="checkbox"/> ich bin damit einverstanden, dass die Kosten per Lastschrift eingezogen werden.

HausärztIn (für die ärztliche Betreuung im Seniorenzentrum)

Name:	Adresse:
-------	----------



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

Pflegegrad

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Bisher noch kein Pflegegrad vorhanden					
<input type="checkbox"/> Eingruppierung beantragt am:					

Haftpflichtversicherung

Haben Sie eine Haftpflichtversicherung, welche für das Seniorenzentrum gültig ist?	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versicherungsunternehmen:	Versicherten-Nummer:

Bezahlung der Heimkosten durch:

<input type="checkbox"/> Selbst	<input type="checkbox"/> Sozialamt; welches? Erhalt von Taschengeld? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Überweisung an: <input type="checkbox"/> Rentenüberleitung ist beantragt
--	--

Für den Aufenthalt im Seniorenzentrum Bethel München gGmbH ist vor Einzug eine Vorauszahlung von 800,00€ zu leisten. Die Vorauszahlung ist auf das nachstehende Konto unter Angabe des Namens des/der BewohnerIn zu überweisen und der Beleg vor Einzug bei der Pflegeüberleitung vorzulegen. Es ist auch eine Barzahlung bei der Pflegeüberleitung vor Einzug möglich.

Die Vorauszahlung entfällt bei Sozialhilfe.

Seniorenzentrum Bethel München
 (Bank für Sozialwirtschaft in Berlin)
 IBAN: DE 311 002 050 000 031 941 00
 BIC: BFSWDE33BER

Durch wen wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam?

- Kenntnis des Hauses Ortsnähe Empfehlung
 Sozialdienst/KH Internet Werbung Sonstiges:

München, den _____
 Ort, Datum

 Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

Abschnitt 1 der Aufnahmemappe - Telefonanschluss

BewohnerIn: Frau / Herr

Wohnbereich:

Zimmer:

Der/Die BewohnerIn erhält ab dem _____ einen hauseigenen Telefonanschluss.

Rufnummer:

Der Telefondienst wird durch die Einrichtung über die Firma Avaya bezogen und beinhaltet eine Telefonflat in das deutsche Fest- und Mobilfunknetz sowie in das Festnetz folgender EU-Länder: Belgien, Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Irland, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Schweiz, Spanien und Tschechische Republik. Anrufe in andere Länder sind nicht möglich.

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Die monatliche Flat-Gebühr beträgt 15,00 €.

Hiermit ermächtige ich Seniorenzentrum Bethel München widerruflich, die zu entrichtenden Zahlungen bzgl. des Telefondiensts bei Fälligkeit zu Lasten des unten genannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

KontoinhaberIn: _____

Kontoverbindung: Bankname: _____

IBAN: _____

Mit der Unterschrift wird die Kenntnisnahme und das Einverständnis mit den Konditionen bestätigt. Der Telefonanschluss kann jederzeit schriftlich gekündigt werden.

München, den _____
Ort, Datum

Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

Abschnitt 2 der Aufnahmemappe - **Anmeldung bei der Apotheke**

Hiermit erkläre ich mich mit der Versorgung durch die St. Zeno Apotheke, St.Zeno-Platz 4, 84424 Isen, Inhaberin Apothekerin Annette Hellner als Kooperationspartner des Seniorenzentrums Bethel München GmbH, Hugo-Troendle-Str. 10, 80992 München einverstanden.

Persönliche Daten (BewohnerIn):

Name:	Vorname:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Wohnbereich:	Zimmer Nr.:	Geburtsdatum:
Krankenkasse:	Versicherten-Nr.:	
Krankenkassen-Nr:		
Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> Ja, befreit bis <input type="checkbox"/> Nein	(bitte Kopie beifügen)	
HausärztIn: Telefonnummer:	Neurologe: Telefonnummer:	
Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Postadresse für die Rechnung:

Name:	Vorname:	Titel:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon:	Fax:	Email:

München, den _____
Ort, Datum

Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung:	HG	Freigabe:	HG	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	18
Datum:	23.04.2008	Datum:	18.05.2022	Gültig ab:	18.05.2022	Letzte Überarbeitung:	05.09.2022

Einwilligungserklärung zur Medikamentenbelieferung und zur Verblisterung von Medikamenten gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Hiermit beauftrage ich die

St. Zeno Apotheke, St.Zeno-Platz 4, 84424 Isen, Inhaberin Apothekarin Annette Hellner, Tel 08083/218, Fax 08083/1530, Email zenoapotheke@homovital.de

mir meine Medikamente gemäß ärztlicher Verordnung bzw. freie und apothekenpflichtige Medikamente auf Anfrage zu liefern.

Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung persönlich einzulösen, kann auch die Pflegeeinrichtung bzw. eine von mir oder von dort beauftragte Person die Verordnung einlösen und für mich verbindliche Bestellungen zu Belieferung durch die Apotheke aufgeben.

In Zweifelsfällen oder im Falle von Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen ist die Apotheke berechtigt und verpflichtet, unmittelbar Kontakt zu meinem Arzt/ meiner Ärztin aufzunehmen um die Verordnung mit ihm/ihr abzustimmen. Für solche Zwecke der Abstimmung meiner medikamentösen Behandlung zwischen Arzt und Apotheke entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin von seiner/ ihrer Schweigepflicht.

Hiermit beauftrage ich die Apotheke, aus meinen Medikamenten, die ich der Apotheke zu diesem Zweck überlasse, die erforderlichen Tages- oder Wochendosen nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung vorzubereiten, zusammenzustellen und in dokumentenecht verschlossenen Vorratsgefäßen/ Blistern dem verantwortlichen Pflegepersonal zur Weitergabe an mich auszuhändigen. Das Eigentum an meinen Medikamenten bleibt während dieses Vorgangs für mich gewahrt. Ich habe jederzeit Zugriff auf meine Medikamente und kann diese immer unverzüglich anfordern. Ich bin damit einverstanden, dass verfallene Arzneimittel sowie nicht mehr benötigte Anbrüche zeitnah, ordnungsgemäß und unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen unmittelbar durch die Apotheke entsorgt werden.

Freies Wahlrecht betreffend Arzt und Apotheke

Mir ist bekannt, dass ich als Patient stets das freie Wahlrecht hinsichtlich meiner versorgenden Apotheke habe und ich diese Vereinbarung bzw. diesen Auftrag jederzeit und ohne Einhaltung einer Frist widerrufen kann. Gleiches gilt im Übrigen bei der Wahl der mich behandelnden Ärzte.

Verantwortung der Apotheke

Mir ist klar, dass die Apotheke nur für die ordnungsgemäße Zusammenstellung der für mich bestimmten Medikamente und deren rechtzeitige Anlieferung in dokumentenecht verschlossenen Gefäßen/ Blistern in die Pflegeeinrichtung verantwortlich ist. Für die Verabreichung und Einnahme der Medikamente bleibt es bei meiner eigenen Verantwortlichkeit und der der mich betreuenden Pflegeeinrichtung.

Datenschutz

Mit der Speicherung meiner persönlichen Daten (inkl. gesundheitsbezogener Daten, Angaben zu den Medikamenten und die daraus gewonnenen Erkenntnisse) auf Datenträger durch die



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung:	HG	Freigabe:	HG	Geltung für:	Alle Bereiche	Version:	18
Datum:	23.04.2008	Datum:	18.05.2022	Gültig ab:	18.05.2022	Letzte Überarbeitung:	05.09.2022

Apotheke bin ich einverstanden. Eine Weitergabe dieser Daten ist allen Personen, die im Rahmen der Durchführung dieser Vereinbarung mit meiner Medikamentenversorgung befasst sind, ohne mein Einverständnis untersagt.

Ich bin über die Zwecke der Datenverarbeitung, meine betroffenen Daten sowie die Stellen und Personen, die von diesen Daten Kenntnis erlangen, informiert. Mir ist bekannt, dass meine Angaben gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) freiwillig erfolgen. Ich willige deshalb in eine dementsprechende Daten- Erhebung, - Verarbeitung und – Nutzung zur Unterstützung der Beratungstätigkeit und der Verblisterung meiner Medikamente der Apotheke mir gegenüber und damit nur zu eigenen Zwecken ein. Die Apotheke ist nicht berechtigt, diese Daten, insbesondere meine Gesundheitsdaten, an Dritte weiterzugeben. Ich bin darüber informiert, dass ich diese freiwillige Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen schriftlich gegenüber der Apotheke widerrufen kann. Bei erfolgtem Widerruf ist die Apotheke verpflichtet, meine gespeicherten Daten sofort zu löschen. Gemäß den §§ 34,35 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) bin ich jederzeit berechtigt, Auskunft über meine personenbezogenen Daten zu erhalten, sowie deren Berechtigung, Sperrung und Löschung zu verlangen

Schweigepflicht

Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher Arzneimittel bezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Mitarbeiter des Apothekers mit diesem Kontakt aufnehmen, um die entsprechenden Informationen weiterzugeben. Ich stelle hiermit die behandelnden Ärzte sowie die Apotheke diesbezüglich von ihrer Schweigepflicht frei.

Freiwilligkeit/Widerruf

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden.

München, den _____
Ort, Datum

Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG Freigabe: HG Geltung für: Alle Bereiche Version: 18
Datum: 23.04.2008 Datum: 18.05.2022 Gültig ab: 18.05.2022 Letzte Überarbeitung: 05.09.2022

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

- Hiermit ermächtige(n) ich/wir die St. Zeno Apotheke, St. Zeno Platz 4, 84424 Isen, Inhaberin Apothekerin Annette Hellner, widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen aus Lieferungen von Medikamenten, Heil- und Hilfsmitteln, Medizin- sowie Nahrungsprodukten bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres unten genannten Kontos durch Lastschrift einzuziehen.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE90ZZZ00000465501

KontoinhaberIn: _____

Kontoverbindung: Bankname: _____

IBAN: _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Instituts (s.o.) keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen. Mit der Speicherung oben genannter Daten im Rahmen der Belieferung durch die Apotheke bin ich einverstanden. Wenn Lastschriften nicht ausgeführt werden, können gleichzeitig Belieferungen ausgesetzt werden.

München, den _____
Ort, Datum

Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung

- Bitte füllen Sie den Aufnahmebogen auch dann aus, wenn Sie von der Rezeptgebühr befreit sind. (Festbetragsdifferenzen und auch manche apothekenpflichtige Medikamente werden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr erstattet.)
- Bitte teilen Sie der St. Zeno Apotheke eventuell anfallende Änderungen wie Befreiungen, Ablauf der Befreiungen, Kontoauflösungen sofort mit (Rechnungsbeträge, die bis zur Ausstellung Ihres Befreiungsausweises angefallen sind oder bis zur Mitteilung der Befreiung an die Apotheke, müssen Sie zuerst bezahlen und sich anschließend von Ihrer Krankenkasse gegen Vorlage der Rechnung erstatten lassen).



MD K 1.3.3 Aufnahme- Aufnahmemappe

Anmeldung zur Heimaufnahme



SENIORENZENTRUM
BETHEL MÜNCHEN

Erstellung: HG **Freigabe:** HG **Geltung für:** Alle Bereiche **Version:** 18
Datum: 23.04.2008 **Datum:** 18.05.2022 **Gültig ab:** 18.05.2022 **Letzte Überarbeitung:** 05.09.2022

Erklärung

Ich habe folgende Dokumente zur Kenntnis genommen und die Inhalte verstanden:

- √ Kostenübersicht
- √ Hausordnung
- √ Anmeldung zur Heimaufnahme
 → Ich habe die Frist zur Vorauszahlung zur Kenntnis genommen.
- √ Einrichtungsvertrag inkl. Anlagen

München, den _____
Ort, Datum

Unterschrift BewohnerIn/ gesetzliche Vertretung