

## **Vereinbarung von Leistungsausschlüssen**

Folgende Leistungen werden durch die Einrichtung **nicht** angeboten:

**Unterbringung in einem geschlossenen Bereich**

Eine Unterbringung in einem geschlossenen Bereich ist aufgrund der baulichen und räumlichen Gegebenheiten nicht möglich.

**Versorgung von Beatmungspatienten**

Die Versorgung von Beatmungspatienten setzt eine Vereinbarung mit den Kostenträgern über die Vorhaltung einer geeigneten Infrastruktur und die Vergütung voraus. Eine solche Vereinbarung ist nicht abgeschlossen.

**Pflege und Betreuung für Personen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer erheblichen Gefährdung für sich selbst oder andere Personen führen, die mit den Mitteln der Einrichtung nicht abgewendet werden kann**

Personen mit schweren Verhaltensauffälligkeiten, die zu einer erheblichen Gefährdung für sich selbst oder andere Personen führen, bedürfen spezieller Betreuung und Aufsicht, die nach dem Versorgungsprofil der Einrichtung nicht leistbar sind.

**Medizinische Behandlungspflege bei einem besonders hohem Bedarf gem. § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V**

Nach § 37 Abs. 2 Satz 3 SGB V kann für einen Bewohner zusätzlich medizinische Behandlungspflege zu Lasten der Krankenversicherung verordnet werden, wenn auf Dauer (mind. 6 Monate) ein besonders hoher Bedarf vorliegt, der die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder einen vergleichbar intensiven Einsatz erforderlich macht, insbesondere weil behandlungspflegerische Maßnahmen in ihrer Intensität oder Häufigkeit unvorhersehbar am Tag und in der Nacht erfolgen müssen. Voraussetzung hierfür ist eine besondere Vereinbarung zwischen der Einrichtung und den Krankenkassen. Eine solche Vereinbarung hat die Einrichtung nicht abgeschlossen, so dass diesem Personenkreis keine entsprechende Versorgung angeboten werden kann.

**Leistungen der Eingliederungshilfe für Behinderte**

Leistungen der Eingliederungshilfe können auf der Grundlage des bestehenden Versorgungsvertrags nicht erbracht werden. Leistungen der Eingliederungshilfe werden durch Einrichtungen erbracht, die mit den Trägern der Eingliederungshilfe entsprechende Leistungsvereinbarungen abgeschlossen haben.

Eine Verpflichtung der Einrichtung, dem Bewohner bei einem geänderten Pflege- oder Betreuungsbedarf eine entsprechende Anpassung der Leistungen anzubieten, wird insoweit ausgeschlossen.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

\_\_\_\_\_  
für die Einrichtung

## **Leistungsbeschreibung zu den allgemeinen Pflegeleistungen**

Für die Erbringung der allgemeinen Pflegeleistungen ist der jeweils gültige Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI maßgeblich, den die Landesverbände der Pflegekassen mit den Trägervereinigungen stationärer Pflegeeinrichtungen schließen.

### **1. Zu den allgemeinen Pflegeleistungen gehören:**

#### **a) Hilfen bei der Körperpflege**

Die körperliche Pflege orientiert sich an den persönlichen Gewohnheiten des Bewohners unter Beachtung der Intimsphäre.

Die Körperpflege umfasst:

- das Waschen, Duschen und Baden; dies beinhaltet ggf. auch den Einsatz von Hilfsmitteln, den Transport zur Waschgelegenheit, das Schneiden von Fingernägeln, das Haarewaschen und -trocknen, Hautpflege, Pneumonie- und Dekubitusprophylaxe sowie bei Bedarf Kontaktherstellung für die Fußpflege und zum Friseur,
- die Zahnpflege; diese umfasst insbesondere das Zähneputzen, die Prothesenversorgung, die Mundhygiene, Soor- und Parodontitisprophylaxe;
- das Kämmen, einschließlich das Herrichten der Tagesfrisur;
- das Rasieren, einschließlich der Gesichtspflege,
- Darm- oder Blasenentleerung, einschließlich der Pflege bei Katheter- und Urinalversorgung sowie Pflege bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung, Kontinenztraining, Obstipationsprophylaxe, Teilwaschen einschließlich der Hautpflege, ggf. Wechseln der Wäsche. Bei Ausscheidungsproblemen regt die Pflegekraft eine ärztliche Abklärung an.

#### **b) Hilfe bei der Ernährung**

Der Bewohner wird bei der Essens- und Getränkeauswahl sowie bei Problemen der Nahrungsaufnahme beraten. Zur selbständigen Nahrungsaufnahme wird der Einsatz von speziellen Hilfsmitteln gefördert und zu seinem Gebrauch angeleitet.

Die Ernährung umfasst eine ausgewogene Ernährung (einschließlich notwendiger Diätkost).  
Ferner

- das mundgerechte Zubereiten der Nahrung sowie die Unterstützung bei der Aufnahme der Nahrung; hierzu gehören alle Tätigkeiten, die der unmittelbaren Vorbereitung dienen und die Aufnahme von fester und flüssiger Nahrung ermöglichen, z. B. portionsgerechte Vorgabe, Umgang mit Besteck,
- Hygienemaßnahmen wie z. B. Mundpflege, Händewaschen, Säubern / Wechseln der Kleidung.

### c) Hilfe bei der Mobilität

Ziel der Mobilität ist u. a. die Förderung der Beweglichkeit, der Abbau von überschüssigem Bewegungsdrang sowie der Schutz vor Selbst- und Fremdgefährdung. Die Anwendung angemessener Hilfsmittel dient dem Ausgleich von Bewegungsdefiziten.

Beim Aufstehen und Zubettgehen sind Schlafgewohnheiten und Ruhebedürfnisse angemessen zu berücksichtigen und störende Einflüsse möglichst zu reduzieren oder zu beseitigen.

Die Mobilität umfasst:

- das Aufstehen und Zubettgehen sowie das Betten und Lagern;
- das Aufstehen und Zubettgehen beinhaltet auch Hilfestellung beim An- und Ablegen von Körperersatzstücken wie Prothesen. Das Betten und Lagern umfasst alle Maßnahmen, die dem Bewohner das körper- und situationsgerechte Liegen und Sitzen ermöglichen, Sekundärerkrankungen wie Kontraktur vorbeugen und Selbständigkeit unterstützen. Dazu gehört auch der Gebrauch sachgerechter Lagerungshilfen und sonstiger Hilfsmittel;
- das Gehen, Stehen, Treppensteigen; dazu gehört beispielsweise die Ermunterung und Hilfestellung bei bettlägerigen oder auf den Rollstuhl angewiesenen Bewohnern zum Aufstehen und sich bewegen, z. B. im Zimmer, in den Gemeinschaftsräumen und im Außengelände;
- das Verlassen und Wiederaufsuchen der Pflegeeinrichtung; dabei sind solche Vorrichtungen außerhalb des Pflegeheimes zu unterstützen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Bewohners erfordern (z. B. Organisieren und Planen des Zahnarztbesuches);
- das An- und Auskleiden; dies umfasst auch ein An- und Ausziehtraining.

### d) Hilfen bei der persönlichen Lebensführung

Ziel der Hilfe ist, dem Bewohner trotz des durch die Pflegebedürftigkeit bedingten Hilfebedarfs die Führung eines selbständigen und selbstbestimmten Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Dieser Hilfebedarf bei der persönlichen Lebensführung wird ausgeglichen, soweit dies nicht durch das soziale Umfeld geschehen kann, z. B. durch Angehörige und Betreuer.

Ziel der Hilfen ist es insbesondere, Vereinsamung, Apathie, Depression und Immobilität zu vermeiden und dadurch einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit vorzubeugen bzw. die bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern.

In diesem Sinne dienen Hilfen bei der persönlichen Lebensführung der Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur Person, zur Gestaltung des persönlichen Alltags und einem Leben in der Gemeinschaft, der Bewältigung von Lebenskrisen und der Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen sowie der Unterstützung bei der Erledigung persönlicher Angelegenheiten.

### e) Leistungen der sozialen Betreuung

Das Ziel der sozialen Betreuung ist die Sicherung der persönlichen Lebensgestaltung im Pflegeheim, welche an der Erhaltung der Selbständigkeit des Bewohners orientiert ist, soziale Integration anstrebt und die jeweiligen Aktivierungspotentiale ausschöpft.

Hierzu zählen insbesondere die Beratung und Erhebung der Sozialanamnese zur Vorbereitung des Einzugs, Beratung in persönlichen Angelegenheiten, bei Behörden- und Ämterkontakten (z.B. Organisieren und Planen der Ämterbesuche). Ferner umfasst die soziale Betreuung im Einzelfall die Koordination der Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern, die gemeinwesenorientierte Vernetzung der Einrichtung, Koordinationsaufgaben zu korrespondierenden Diensten und Institutionen, die Begleitung ehrenamtlicher Helfer sowie die Erschließung wirtschaftlicher Hilfen.

#### f) Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Die Behandlungspflege umfasst die nachfolgenden pflegerischen Hilfen zur Unterstützung der ärztlichen Behandlung (soweit nicht vom Arzt selbst erbracht):

- Verbandswechsel,
- Injektionen,
- Wechsel eines transurethralen Katheters,
- Blaseninstillation, Blasenspülung,
- Dekubitusbehandlung,
- Einlauf / Darmentleerung,
- spezielle Krankenbeobachtung und –Überwachung (Messung von Körpertemperatur, Blutdruck, Puls, Blutzucker),
- Einreibungen, Wickel,
- Medikamentenüberwachung und -Verabreichung,
- Absaugen der oberen Luftwege, Trachealkanülenpflege,
- Verabreichung von Sondenernährung bei liegender Sonde,
- Verabreichung von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang.

Die Maßnahmen der Behandlungspflege werden vom behandelnden Arzt schriftlich angeordnet und verantwortet. Die von der Einrichtung zu erbringenden Maßnahmen umfassen nicht das hierfür notwendige Verbrauchsmaterial wie Einmalspritzen, Tupfer und Verbandsmaterial. Der Arzt trägt einzeln die erforderlichen Maßnahmen sowie das Datum der Anordnung und sein Namenszeichen in die für den einzelnen Bewohner vom Pflegeheim geführte Pflegedokumentation ein.

Die Verantwortung für die Durchführung der ärztlich angeordneten Maßnahmen liegt beim Träger des Pflegeheimes. Die Pflegeeinrichtung erbringt die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit die Art des Eingriffs das persönliche Erscheinen des Arztes nicht erforderlich macht.

## **2. Pflegehilfsmittel und technische Hilfen**

Zum Erhalt und zur Förderung einer selbständigen Lebensführung sowie zur Erleichterung der Pflege und Linderung der Beschwerden des Bewohners werden Pflegehilfsmittel gezielt eingesetzt und zu deren Gebrauch angeleitet. Stellt die Pflegekraft fest, dass Pflegehilfsmittel oder technische Hilfen erforderlich sind, veranlasst sie die notwendigen Schritte. Bei der Auswahl sonstiger geeigneter Hilfsmittel wird der Bewohner beraten.

Die Ansprüche des Bewohners auf Hilfsmittel nach § 33 des Sozialgesetzbuchs V bleiben unberührt. Dies betrifft Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen.

## Information über das zusätzliche Leistungsangebot zur Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI

Die Einrichtung hat mit den Pflegekassen mit Wirkung vom 01.05.2023 eine Vereinbarung über ein **zusätzliches Angebot an Leistungen zur Betreuung und Aktivierung gemäß § 43b SGB XI** abgeschlossen.

Das zusätzliche Leistungsangebot besteht für alle Bewohner mit den Pflegegraden 1 - 5, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen oder Hilfe zur Pflege nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) oder nach dem Bundesversorgungsgesetz erhalten.

### Wichtige Hinweise:

Jeder Bewohner hat Anspruch auf allgemeine Pflegeleistungen in dem nach Art und Schwere der Pflegebedürftigkeit erforderlichen Umfang. Beim zusätzlichen Leistungsangebot nach § 43b SGB XI handelt es sich um darüber hinausgehende **zusätzliche Leistungen der Betreuung und Aktivierung**.

Für das Leistungsangebot nach § 43b SGB XI hält die Einrichtung **zusätzliches Personal** zur Verfügung (im Verhältnis von 5% einer Vollkraftstelle pro anspruchsberechtigtem Bewohner). Dieses widmet sich ausschließlich der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung der Bewohner.

Der **Inhalt des zusätzlichen Leistungsangebots** bestimmt sich nach der Angebotskonzeption, die bei der Einrichtungsleitung eingesehen werden kann.

Die anspruchsberechtigten Bewohner werden zur Teilnahme an Alltagsaktivitäten motiviert und aktiviert sowie bei diesen Aktivitäten betreut und begleitet. Mögliche Alltagsaktivitäten sind beispielsweise:

- Malen und basteln
- Handwerkliche Arbeiten und leichte Gartenarbeiten
- Haustiere füttern und pflegen
- Kochen und backen
- Anfertigung von Erinnerungsalben oder -ordnern
- Musik hören, musizieren, singen
- Brett- und Kartenspiele
- Spaziergänge und Ausflüge
- Bewegungsübungen und tanzen in der Gruppe
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Gottesdiensten, Friedhöfen
- Lesen und vorlesen
- Fotoalben anschauen

Das zusätzliche Leistungsangebot wird in der Regel im Rahmen von Gruppenangeboten stattfinden, kann in Einzelfällen aber auch eine Einzelbetreuung umfassen, wenn die persönliche Situation des Bewohners dies erfordert. Wie der Inhalt des Leistungsangebots im

Einzelnen gestaltet wird, entscheidet die Einrichtung. Die konkreten Angebote werden in Form einer Wochenplanung / individuellen Betreuungsplanung o.ä. festgelegt.

Das zusätzliche Leistungsangebot nach § 43b SGB XI wird ausschließlich über einen zwischen der Einrichtung und den Pflegekassen / Sozialhilfeträger vereinbarten Zuschlag zur Pflegevergütung finanziert. Dieser ist nicht Teil des heimvertraglich vereinbarten Heimentgelts, sondern wird in vollem Umfang von den Pflegekassen bzw. den Sozialämtern oder Versorgungsämtern finanziert. Für die Bewohner fällt **keine Eigenbeteiligung** an.

Der Vergütungszuschlag zur Pflegevergütung beträgt derzeit **6,99 Euro** täglich. Nach dem Durchschnittsfaktor 30,42 ergibt sich hieraus eine Monatspauschale in Höhe von derzeit **212,64 Euro**. Ist der Bewohner bei einer gesetzlichen Pflegekasse versichert oder erhält er Hilfe zur Pflege nach SGB XII oder nach dem Bundesversorgungsgesetz, rechnet die Einrichtung den Zuschlag direkt mit der Pflegekasse bzw. mit dem Sozialhilfeträger / Versorgungsamt ab. Ist der Bewohner privat pflegeversichert, rechnet die Einrichtung den Zuschlag mit dem Bewohner ab, dieser hat jedoch einen Erstattungsanspruch in voller Höhe gegenüber seiner privaten Pflegeversicherung oder ggf. seiner Beihilfestelle, soweit diese Leistungen nach § 43b SGB XI übernimmt (vgl. z.B. § 9f Abs. 1 S. 3 Beihilfeverordnung BW).

Mit den Pflegekassen ist ein **pauschalierendes Abrechnungsverfahren** vereinbart. Ist der Bewohner mindestens einen vollen Tag im Monat in der Einrichtung anwesend, wird die komplette Monatspauschale abgerechnet. Eine Ausnahme gilt beim Umzug in eine andere Pflegeeinrichtung: in diesem Fall wird taggenau abgerechnet, wobei der Umzugstag nur von der aufnehmenden Einrichtung berechnet werden kann.

**Anlage 4 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am GebDat**

**Vereinbarung über die Inanspruchnahme von Zusatzleistungen  
im Sinne von § 88 SGB XI**

**§1 Vertragsgegenstand**

Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI sind nur besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen, die über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinausgehen und vom Pflegebedürftigen individuell wählbar sind.

Zwischen Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.  
vertreten durch Vorname Nachname Betreuer (Betreuer / Bevollmächtigter)

und der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung als Träger der Einrichtung  
Seniorenzentrum Clarissenhof  
vertreten durch die Einrichtungsleitung Herrn Gerhard Fischer

werden folgende Zusatzleistungen im Sinne des § 88 SGB XI vereinbart:

	<b>Art der Leistung</b>	<b>Preis in €</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Komfortzuschlag (Nutzung eines großen EZ, ehemals DZ, nur in bestimmten Zimmern möglich)	Investitionskosten in Höhe des doppelten DZ Preises
<input type="checkbox"/>	Kennzeichnen der persönlichen Wäsche und Kleidung	Pauschal, einmalig 65,39 € Siehe beligende Anlage
<input type="checkbox"/>	Chemische Reinigung persönlicher Wäsche und Kleidung	je nach Kleidungsstück
<input type="checkbox"/>	Näh- und Flickarbeiten an der persönlichen Wäsche und Kleidung	Wird nicht angeboten
<input checked="" type="checkbox"/>	Über die Regelleistungen hinausgehende individuelle Getränkewünsche (ACE, Apfelsaft, Bier)*	Siehe Aushang Getränkeliste
<input type="checkbox"/>	Über die Grundausstattung hinausgehender individueller hygienischer Sachaufwand	Preis zur Selbstkostendeckung angeben
<input checked="" type="checkbox"/>	Fachgerechte jährliche Überprüfung der vom Bewohner eingebrachten Elektrogeräte; Anzahl der Geräte:	pro Gerät ca. 3,80 €
<input type="checkbox"/>	Zurverfügungstellung eines Telefons	Wird nicht angeboten
<input type="checkbox"/>	Begleitung in privaten persönlichen Angelegenheiten	Siehe Nachbarschaftshilfe
<input type="checkbox"/>	Miete für Raumüberlassung / Nutzung des einrichtungseigenen Gemeinschaftsraums	Setzen Sie sich mit dem Empfang in Kontakt
<input checked="" type="checkbox"/>	Hausmeisterservice	35,00 € je angefangene Stunde
<input checked="" type="checkbox"/>	Medizinische/Kosmetische Fußpflege	Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter auf dem Wohnbereich

<input type="checkbox"/>		
--------------------------	--	--

\* unbegrenzt zur Verfügung gestellt werden Mineralwasser, Kaffee, Tee, Milch. In den Regelleistungen enthalten sind auch ggf. davon abweichende Getränke im Rahmen der Gemeinschaftsverpflegung im Speisesaal / auf den Wohnbereichen und bei Veranstaltungen

Die angegebenen Zusatzleistungen sowie weitere individuell zu vereinbarende Dienstleistungen können auf Nachfrage des Bewohners auch als Einzelauftrag zu dem von der Einrichtung angesetzten Entgelt erbracht werden (z. B. Reparaturen privater Gegenstände, Versorgung von Haustieren). Berechnet werden die unter dem Punkt „Begleitung in privaten persönlichen Angelegenheiten“ angegebenen Stundensätze.

## **§2 Fälligkeit**

- (1) Die vom Bewohner geschuldeten Entgelte aus § 1 werden monatlich abgerechnet. Bei Einzug des Bewohners in die Einrichtung während eines laufenden Monats ist das Entgelt für den Aufnahmemonat nach Zustellung der Rechnung fällig. Ergibt sich aufgrund der nachträglichen Abrechnung eines Monats eine Differenz gegenüber dem in Abs. 1 in Rechnung gestellten Entgelt, so ist spätestens mit der übernächsten Rechnung ein Ausgleich herbeizuführen.
- (2) Die vom Bewohner geschuldeten Entgelte aus Einzelaufträgen werden jeweils nachträglich für den abgelaufenen Monat abgerechnet. Der Rechnungsbetrag wird mit Zustellung der Rechnung fällig.

## **§3 Entgeltentwicklung**

- (1) Die Einrichtung ist berechtigt, das Entgelt gemäß § 1 durch einseitige Erklärung zu erhöhen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage verändert hat und das erhöhte Entgelt angemessen ist. Die Erhöhung des Entgelts ist dem Bewohner spätestens vier Wochen vor dem Zeitpunkt, an dem sie wirksam werden soll, schriftlich geltend zu machen und zu begründen.
- (2) Für die Leistungen aus Einzelaufträgen gilt - soweit in § 1 kein Preis erwähnt ist - der jeweils individuell vereinbarte Preis.

## **§4 Kündigung**

- (1) Der Bewohner und die Einrichtung können die Vereinbarung spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen.
- (2) Die Vereinbarung kann von beiden Vertragsparteien ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist aus wichtigem Grund schriftlich gekündigt werden.
- (3) Im Falle der Beendigung des Heimvertrages endet diese Vereinbarung ohne Kündigung.

## **§5 Schlussbestimmungen**



Die Vertragsparteien haben keine mündlichen Nebenabreden getroffen. Änderungen oder Ergänzungen dieser Vereinbarung sollen aus Beweisgründen schriftlich vereinbart werden.

## **§6 Inkrafttreten**

Diese Vereinbarung tritt am \_\_\_\_\_ in Kraft.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

\_\_\_\_\_  
für die Einrichtung

**Anlage 5 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am GebDat**

**Informationsblatt über den Kostenanteil, welcher vom Bewohner zu tragen ist**

Für einen Kalendermonat wird - unabhängig von der tatsächlichen Zahl der Kalendertage in dem Kalendermonat - das tägliche Heimentgelt für **30,42 Tage** abgerechnet.

Zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns setzt sich das monatliche Heimentgelt wie folgt zusammen:

**Tabelle 1 monatliches Heimentgelt:**

<b>Pflegegrad</b>	<b>„0“</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>	<b>€</b>
Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen*		2.174,42	2.782,82	3.274,71	3.787,90	4.017,87
Entgelt für Unterkunft	600,80					
Entgelt für Verpflegung	434,40					
Investitionskostenanteil	313,33/182,52					
<b>Heimentgelt gesamt</b>		<b>3.522,94/ 3.392,13</b>	<b>4.131,34/ 4.000,53</b>	<b>4.623,23/ 4.492,43</b>	<b>5.136,42/ 5.005,61</b>	<b>5.366,39/ 5.235,59</b>

\* einschließlich Umlagebetrag für die Ausbildung von Pflegefachkräften.

Einen Teil dieses Heimentgeltes trägt die Pflegeversicherung. Die Leistungen der Pflegeversicherung ab Pflegegrad 2 setzen sich zusammen aus dem Leistungsbetrag nach § 43 Abs. 2 SGB XI und dem Leistungszuschlag nach § 43 c SGB XI. Die Höhe des Leistungsbetrags nach § 43 Abs. 2 richtet sich nach dem Pflegegrad. Die Höhe des Leistungszuschlags nach § 43 c SGB XI ist abhängig von der bisherigen Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege und der Höhe des Entgelts für allgemeine Pflegeleistungen einschließlich Ausbildungsumlage. Hiernach ergeben sich folgende Leistungen der Pflegeversicherung:

**Tabelle 2 Leistung Pflegeversicherung:**

Leistungsbeiträge nach § 43 II SGB XI		Individuelle Leistungszuschläge nach § 43 c SGB XI		Gesamtleistung der Pflegeversicherung
Pflegegrad	Leistungsbetrag EUR/ Monat	Dauer der Inanspruchnahme vollstationärer Pflege	Zuschlag EUR/ Monat	EUR/ Monat
1	125,00		-----	125,00
2	770,00	bis 12 Monate	<b>101,00</b>	<b>871,00</b>
		mehr als 12 Monate	<b>503,00</b>	<b>1.273,00</b>
		mehr als 24 Monate	<b>906,00</b>	<b>1.676,00</b>
		mehr als 36 Monate	<b>1.409,00</b>	<b>2.179,00</b>
3	1.262,00	bis 12 Monate	<b>101,00</b>	<b>1.363,00</b>
		mehr als 12 Monate	<b>503,00</b>	<b>1.765,00</b>
		mehr als 24 Monate	<b>906,00</b>	<b>2.168,00</b>
		mehr als 36 Monate	<b>1.409,00</b>	<b>2.671,00</b>
4	1.775,00	bis 12 Monate	<b>101,00</b>	<b>1.876,00</b>
		mehr als 12 Monate	<b>503,00</b>	<b>2.278,00</b>
		mehr als 24 Monate	<b>906,00</b>	<b>2.681,00</b>
		mehr als 36 Monate	<b>1.409,00</b>	<b>3.184,00</b>
5	2.005,00	bis 12 Monate	<b>101,00</b>	<b>2.106,00</b>
		mehr als 12 Monate	<b>503,00</b>	<b>2.508,00</b>
		mehr als 24 Monate	<b>906,00</b>	<b>2.911,00</b>
		mehr als 36 Monate	<b>1.409,00</b>	<b>3.414,00</b>

Der verbleibende Eigenanteil des Bewohners ergibt sich aus der Differenz zwischen dem Heimentgelt gesamt (vgl. Tabelle 1) und der Gesamtleistung der Pflegeversicherung (vgl. Tabelle2)

**Hinweise:**

In der Pflegevergütung ist ein Umlagebetrag in Höhe von derzeit 4,00 € pro Tag enthalten, der von der Einrichtung nach gesetzlichen Vorgaben an einen landesweiten Fonds zur Finanzierung der Ausbildung von Pflegefachkräften abzuführen ist.

Für die allgemeinen Pflegeleistungen in den Pflegegraden 2 - 5 wurde gemeinsam mit den Kostenträgern ein einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE) in Höhe von derzeit 1.891,21 € pro Monat errechnet. Maßgeblich bei der Abrechnung des Heimentgelts ist allerdings nicht der EEE, sondern der Leistungsbetrag der Pflegekasse, der vom Entgelt in Abzug gebracht wird. Aufgrund von Rundungsdifferenzen kann das Ergebnis geringfügig (im Cent-Bereich) von dem abweichen, was Ergebnis einer Rechnung mit dem EEE wäre. Dies ist gemäß der gemeinsamen Empfehlung des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundesverbände der Leistungsträger und Leistungserbringer vom 09.11.2016 als systembedingt zu akzeptieren.

Der Leistungsbetrag der Pflegekasse nach § 43 Abs. 2 SGB XI ist ein pauschaler monatlicher Fixbetrag. Übersteigt in einem Monat der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse die Kosten für die pflegebedingten Aufwendungen, weil der Bewohner während des Monats einzieht oder ausscheidet oder Abwesenheitstage hat, übernimmt die Pflegekasse anteilig auch Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung, nicht aber für Investitionskosten.

Demgegenüber richtet sich die Höhe des Leistungszuschlags der Pflegekasse nach § 43 c SGB XI nach dem tatsächlichen Eigenanteil der pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage, der sich nach Abzug des Leistungsbetrags nach § 43 SGB XI ergibt. Soweit kein Eigenanteil anfällt, da die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Ausbildungsumlage bereits durch den Leistungsbetrag nach § 43 SGB XI gedeckt werden, wird von der Pflegekasse kein Leistungszuschlag gezahlt. Zudem reduziert sich der Leistungszuschlag, wenn der Bewohner während des Monats einzieht oder ausscheidet oder mehr als drei Tage abwesend ist.

## Erteilung eines SEPA-Basislastschrift-Mandates

(Zahlungspflichtiger ist Kontoinhaber)

<b>Zahlungsempfänger:</b>	Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Clarissenhof
Straße und Hausnummer:	Clarissenstr. 11
PLZ und Ort:	89077 Ulm
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE26ZZZ00000072445
Mandatsreferenz:	Diese ist der Rechnung zu entnehmen.
<p>Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen für das monatliche Heimentgelt sowie die Entgelte für Zusatzleistungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.</p> <p>Der genaue Betrag des monatlichen Heimentgeltes sowie der Entgelte für Zusatzleistungen kann sich von Monat zu Monat ändern. Grund hierfür sind insbesondere die unterschiedlichen Längen der einzelnen Kalendermonate, Abwesenheitszeiten, eine Änderung der Pflegesätze oder des Pflegegrades sowie eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Zusatzleistungen. Die Vorabankündigung des einzelnen Einzugsbetrages von der Einrichtung an den Zahlungspflichtigen erfolgt in Form der Rechnung. Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die im SEPA-Lastschriftverfahren verankerte Frist für die Versendung der Vorabankündigung von 14 Werktagen auf fünf Werktage verkürzt wird.</p> <p>Entsprechend der Abrechnungspraxis des Zahlungsempfängers wird dem Zahlungspflichtigen die Rechnung allerdings in der Regel mehrere Tage vor dem auf der Rechnung ausgewiesenen Einzugstag zugehen.</p> <p><b>Hinweis:</b> Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
<b>Kontoinhaber (=Zahlungspflichtiger)</b>	
Vorname und Name:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Kreditinstitut (Name):	
BIC:	
IBAN:	DE
Ort, Datum: Ort, Datum	
Unterschrift/en Kontoinhaber _____	
<b>Rechnungsempfänger (wenn vom Kontoinhaber abweichend):</b>	
Name:	
Vorname:	
Anschrift:	

## Erteilung eines SEPA-Basislastschrift-Mandates

(Zahlungspflichtiger ist NICHT Kontoinhaber)

<b>Zahlungsempfänger:</b>	Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung
Name der Einrichtung:	Seniorenzentrum Clarissenhof
Straße und Hausnummer:	Clarissenstr. 11
PLZ und Ort:	89077 Ulm
Gläubiger-Identifikationsnummer:	DE26ZZZ00000072445
Mandatsreferenz:	Diese ist der Rechnung zu entnehmen.
<p>Ich ermächtige (Wir ermächtigen) den oben genannten Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen für monatliches Heimentgelt sowie Entgelte für Zusatzleistungen von meinem (unserem) Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von oben genanntem Zahlungsempfänger auf mein (unser) Konto gezogene(n) Lastschrift(en) einzulösen.</p> <p>Der genaue Betrag des monatlichen Heimentgeltes sowie der Entgelte für Zusatzleistungen kann sich von Monat zu Monat ändern. Grund hierfür sind insbesondere die unterschiedlichen Längen der einzelnen Kalendermonate, Abwesenheitszeiten, eine Änderung der Pflegesätze oder des Pflegegrades sowie eine unterschiedliche Inanspruchnahme von Zusatzleistungen. Die Vorabankündigung des einzelnen Einzugsbetrages von der Einrichtung an den Zahlungspflichtigen erfolgt in Form der Rechnung. Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die im SEPA-Lastschriftverfahren verankerte Frist für die Versendung der Vorabankündigung von 14 Werktagen auf fünf Werktage verkürzt wird.</p> <p>Der Kontoinhaber ist damit einverstanden, dass die im SEPA-Lastschriftverfahren verankerten Vorabankündigungen mit der Rechnung erfolgen und er selbst mit der Unterrichtung des Zahlungspflichtigen als unterrichtet gilt.</p> <p><b>Hinweis:</b> Ich kann (Wir können) innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
<b>Kontoinhaber</b>	
Vorname und Name:	
Straße und Hausnummer:	
PLZ und Ort:	
Kreditinstitut (Name):	
BIC:	
IBAN:	DE
Ort, Datum: Ort, Datum	
Unterschrift/en Kontoinhaber _____	
<b>Rechnungsempfänger (wenn vom Kontoinhaber abweichend):</b>	
Name:	
Vorname:	
Anschrift:	

## Vereinbarung für die Übergangszeit bis zum Vorliegen des Leistungsbescheides der Pflegekasse

Zwischen Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.  
vertreten durch Vorname Nachname Betreuer (Betreuer / Bevollmächtigter)

und der Paul Wilhelm von Kepler-Stiftung als Träger der Einrichtung  
Seniorenzentrum Clarissenhof  
vertreten durch die Einrichtungsleitung Herrn Gerhard Fischer

wird abweichend von § 8 des Heimvertrags folgendes vereinbart:

- (1) Der Bewohner wird bis zum Vorliegen eines aktuellen bzw. geänderten Leistungsbescheides der Pflegekasse und / oder des Sozialhilfeträgers, mit dem der Pflegegrad festgestellt wird, entsprechend den voraussichtlich erforderlichen Leistungen vorläufig eingestuft als:

- nicht pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (sog. Pflegegrad 0)  
 pflegebedürftig mit Pflegegrad 1  
(geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)  
 pflegebedürftig mit Pflegegrad 2  
(erhebliche Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)  
 pflegebedürftig mit Pflegegrad 3  
(schwere Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)  
 pflegebedürftig mit Pflegegrad 4  
(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten)  
 pflegebedürftig mit Pflegegrad 5  
(schwerste Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung)

Das Entgelt für die Übergangszeit setzt sich wie folgt zusammen:

1. Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen:
- |   |          |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> für Bewohner, für die keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes vorliegt (sog. Pflegegrad 0): | €        |
| <input type="checkbox"/> für Bewohner mit Pflegegrad 1:   | € 71,48  |
| <input checked="" type="checkbox"/> für Bewohner mit Pflegegrad 2:  | € 91,48  |
| <input type="checkbox"/> für Bewohner mit Pflegegrad 3:   | € 107,65 |
| <input type="checkbox"/> für Bewohner mit Pflegegrad 4:   | € 124,52 |
| <input type="checkbox"/> für Bewohner mit Pflegegrad 5:   | € 132,08 |
2. Entgelt für Unterkunft und Verpflegung € 34,03
- |   |         |
|---|---------|
| <input checked="" type="checkbox"/> davon für Unterkunft  | € 19,75 |
| <input checked="" type="checkbox"/> davon für Verpflegung | € 14,28 |

3. Entgelt für nicht geförderte Investitionsaufwendungen € 10,30

**Tägliches Entgelt gesamt: € 135,81**

- (2) Für die Übergangszeit bleiben die übrigen Bestimmungen des Heimvertrages unberührt.
- (3) Der Bewohner hat nach Erhalt des Leistungsbescheides der Pflegekasse diesen der Einrichtung vorzulegen.
- (4) Nach Eingang des den Pflegegrad feststellenden Leistungsbescheides bei der Einrichtung findet gegebenenfalls eine Verrechnung von eventuellen Über- bzw. Unterzahlungen statt.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

\_\_\_\_\_  
für die Einrichtung



**Anlage 8 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am  
GebDat**

**Zusatzvereinbarung zur Übernahme der Bargeldverwaltung**

Zwischen Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.  
vertreten durch Vorname Nachname Betreuer (Betreuer / Bevollmächtigter)

und der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung als Träger der Einrichtung  
Seniorenzentrum Clarissenhof  
vertreten durch die Einrichtungsleitung Herrn Gerhard Fischer

wird folgende Zusatzvereinbarung getroffen:

Der Bewohner wünscht ab \_\_\_\_\_, dass der ihm (z.B. seitens des Sozialhilfeträgers) zu-  
stehende Barbetrag (Taschengeld) von der Einrichtung gegen gesonderte Gebühr verwaltet  
wird. Im Einzelnen gilt:

1. Die Einrichtung übernimmt die ordnungsgemäße Verwaltung des Taschengeldes. Hierzu zählt die Anforderung gegenüber dem Sozialamt oder den Angehörigen, soweit von diesen gegenüber dem Bewohner eine entsprechende Leistung zugesichert wurde, die Abrechnung von Neuanschaffungen im Bereich des persönlichen Bedarfs oder auch die Rechnungsbegleichung gegenüber externen Dienstleistern (z.B. Friseur, Fußpfleger, Krankengymnast, Apotheke etc.).
2. Vierteljährlich wird ein Kontoauszug zugesandt.
3. Für die unter Ziffer 1. und 2. genannten Leistungen wird dem Bewohner über die Heimkostenabrechnung eine monatliche Gebühr von € \_\_\_\_\_ in Rechnung gestellt.
4. Die Einrichtung behält sich vor, die Gebühren entsprechend der Preis- und Kostenentwicklung nach Bedarf mit einer einmonatigen Vorankündigung anzupassen.
5. Diese Vereinbarung kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Kalendermonats gekündigt werden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

\_\_\_\_\_  
für die Einrichtung

**Anlage 9 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am  
GebDat**

**Postvollmacht**

Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.,

vertreten durch: Vorname Nachname Betreuer (Bevollmächtigter / Betreuer)

Name der Einrichtung: Seniorenzentrum Clarissenhof

Hiermit bevollmächtige ich die Verwaltung der Einrichtung meine Post entgegenzunehmen und  
an

mich (Bewohner)

den Empfänger

Name  
Straße Hausnummer  
PLZ Wohnort

weiterzuleiten.

Ort, Datum

---

Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

**Anlage 10 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am GebDat**

**Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung**

Hiermit erteile ich der Einrichtung Seniorenzentrum Clarissenhof den Auftrag, für mich, Vorname Bew. Nachname Bew.,

folgende Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit den vom Arzt verordneten Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen des Heimes zu übernehmen (gewünschte Leistungen durch Unterschrift des Bewohners, Bevollmächtigten, Betreuers bestätigen):

Bitte ankreuzen	Leistung	Datum
<input checked="" type="checkbox"/>	Beschaffung der Medikamente	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aufbewahrung der Medikamente	
<input checked="" type="checkbox"/>	Richten der Einzel-/Tagesdosis	
<input checked="" type="checkbox"/>	Verabreichung der Medikamente	
<input checked="" type="checkbox"/>	Aufklärung der Angehörigen	
<input checked="" type="checkbox"/>	Verblisterung <sup>1</sup> der Medikamente (schließt Beschaffung, Richten und Aufbewahrung durch die Apotheke ein)	

Die Beschaffung der Medikamente soll erfolgen nach der Vereinbarung zwischen der Einrichtung und der Apotheke Klosterhof, Pelikan und St. Leonhard vom 16.07.2012.

Bemerkungen der Pflege:

Besondere Wünsche des Bewohners:

- Der Bewohner verwaltet die Medikamente selbst.
- Ich bin damit einverstanden, dass nicht mehr benötigte Medikamente vernichtet werden.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

\_\_\_\_\_  
für die Einrichtung

<sup>1</sup> **Verblister**t werden nur Medikamente fester Form (Tabletten, Dragées etc.), die der Bewohner regelhaft und dauerhaft erhält (keine Medikamente für den Bedarfsfall). Die nicht verblisternten Medikamente (Flüssige Form, Zäpfchen, Bedarfsmedikamente) werden wie üblich in der Einrichtung gerichtet und aufbewahrt.

**Anlage 11 zum Heimvertrag für Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.; geb. am  
GebDat**

**Einverständniserklärung zur fotografischen Wunddokumentation**

Frau / Herrn Vorname Bew. Nachname Bew.

vertreten durch: Vorname Nachname Betreuer (Bevollmächtigter / Betreuer)

Name der Einrichtung: Seniorenzentrum Clarissenhof

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation geschädigter oder gefährdeter Hautbereiche (= fotografische Wunddokumentation) erstellt wird. Die Bilder unterliegen dem Datenschutz der Einrichtung und werden für die interne Dokumentation verwendet. Sie werden Ärzten oder Therapeuten zur Verfügung gestellt, wenn diese am Therapieprozess beteiligt sind.

Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung widerrufen kann.

Ort, Datum

---

Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers

## Einwilligung in Datenverarbeitung und Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich, **Vorname Bew. Nachname Bew.**,

dass ich mit folgenden Datenverarbeitungen (Erhebung, Speicherung, Übermittlung) **einver-  
standen bin** und insoweit die Einrichtung und ihre Mitarbeiter jeweils auch **von ihrer  
Schweigepflicht entbinde**:

### 1. Austausch von Pflege- und Betreuungsdaten und medizinischen Daten zwischen der Einrichtung und den behandelnden Ärzten und Therapeuten

Ein wechselseitiger Informationsaustausch behandlungs- und pflegerelevanter Daten zwischen den medizinischen Behandlern des Bewohners und der Pflegeeinrichtung ist Voraussetzung für eine gute Versorgungsqualität. Fehlende Informationen können die Versorgungsqualität negativ beeinflussen und sogar zu einer ernsthaften Gefährdung der Gesundheit führen. Gegenstand dieses Informationsaustausches und der damit verbundenen Datenverarbeitung sind vor allem auch Gesundheitsdaten des Bewohners. Gesundheitsdaten sind besonders sensible Daten.

Die Datenverarbeitung ist dabei in folgenden Fällen bereits kraft Gesetzes zulässig:

- in **Notfallsituationen**
- im Rahmen der von der Pflegeeinrichtung auf Anordnung des behandelnden Arztes zu erbringenden **behandlungspflegerischen Maßnahmen**.

Für diejenigen Fälle, in denen dagegen eine **Einwilligung des Bewohners** erforderliche Voraussetzung für die Datenverarbeitung ist, wird folgendes erklärt:

#### Ich bin einverstanden, dass

- die Einrichtung die erforderlichen Pflege- und Betreuungsdaten zum Zwecke der medizinischen und therapeutischen Versorgung **an die behandelnden Ärzte und Therapeuten** übermittelt und
- die behandelnden Ärzte und Therapeuten die für die Pflege und Betreuung erforderlichen Daten **an die Einrichtung übermitteln** und entbinde insoweit auch die vorgenannten Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ja

Nein

Ja, aber nur für folgende Ärzte/Therapeuten:

**2. Organisation von Besuchsdiensten und Dienstleistungen Dritter, über die der Bewohner einen eigenen Vertrag abschließt, ggf. auch Unterstützung bei Abrechnungen**

Viele Bewohner möchten während ihres Aufenthaltes neben den Leistungen der Einrichtung auch Besuchsdienste und Dienstleistungen von Dritten in Anspruch nehmen. Die Einrichtung unterstützt dies durch die Organisation von Besuchsterminen, *ggf. auch durch die Unterstützung der Dienstleister bei ihrer Abrechnung*. Hierfür werden die jeweils erforderlichen Daten (insbesondere Name, Zimmernummer, ggf. Konfession, gewünschte Leistung, ggf. auch Rechnungs- und Kontodaten) verarbeitet. Dies setzt eine Einwilligung voraus.

Wird die Einwilligung nicht erteilt, muss der Bewohner sich selbst um die Organisation entsprechender Dienstleistungen/Besuchsdienste kümmern.

**Ich bin einverstanden** mit der Übermittlung der erforderlichen Daten zur **Kontaktherstellung und Leistungsorganisation** sowie *ggf. zur Unterstützung der Abrechnung* der von mir gewünschten Leistungen für nachfolgende Dienste/Dienstleister:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ehrenamtliche Besuchsdienste
- Seelsorger  nur folgende Konfession(en) .....  
 unabhängig von dessen Konfession
- Wäscherei
- Friseur
- Fuß- und Nagelpflege
- Apotheke
- \_\_\_\_\_

**3. Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, meinem Wohlergehen und meinen Bedürfnissen auch an nicht bevollmächtigte Personen**

Aufgrund des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht dürfen Auskünfte zum Gesundheitszustand, zum Wohlergehen und zu den Bedürfnissen an Angehörige und sonstige Bezugspersonen, die über keine entsprechende Vollmacht verfügen, nur mit Einverständnis des Bewohners erteilt werden. Hierbei sind vor allem Gesundheitsdaten des Bewohners betroffen, also besonders sensible Daten.

Folgenden Personen, die nicht bereits anderweitig mit einer entsprechenden Vollmacht ausgestattet sind, darf Auskunft zu meinem Gesundheitszustand, zu meinem Wohlergehen und zu meinen Bedürfnissen erteilt werden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Angabe von Namen und Zimmernummer auf Hinweistafel im Eingangsbereich

*nicht relevant*

Im Eingangsbereich der Einrichtung befindet sich eine für Jedermann sichtbare Hinweistafel, auf der die Vor- und Nachnamen der Bewohner und ihre Zimmernummern stehen. Die Hinweistafel soll Besuchern, Ärzten und Therapeuten, Dienstleistern und ggf. dem Rettungsdienst ein schnelles, eigenständiges Auffinden der Bewohner ermöglichen.

**Ich bin damit einverstanden**, dass mein Name und meine Zimmernummer auf der Hinweistafel im Eingangsbereich angebracht werden:

**Ja**

**Nein**

#### 5. Aufnahme eines Portraitfotos in die Bewohnerakte

*nicht relevant*

Zur Sicherstellung einer jederzeitigen zuverlässigen Identifikation von Bewohnern auch durch Mitarbeiter, die neu im Wohnbereich eingesetzt werden, wird ein Portraitfoto des Bewohners in die Bewohnerakte aufgenommen, sofern der Bewohner hiermit einverstanden ist. Ohne Aufnahme eines solchen Bildes in die Akte steigt die Wahrscheinlichkeit von Verwechslungen, vor allem wenn sich ein Bewohner in Zimmern anderer Bewohner aufhält.

**Ich bin einverstanden**, dass ein Foto von mir in meine Bewohnerakte aufgenommen wird:

**Ja**

**Nein**

**Meine Einwilligung ist jeweils freiwillig. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, einzelne oder alle erteilten Einwilligungen ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. In diesem Fall finden keine weiteren Datenübermittlungen statt. Die Widerrufserklärung ist an die Pflegeeinrichtung zu richten. Der Widerruf gilt ab dem Zeitpunkt, zu dem die Einrichtung Kenntnis von der Widerrufserklärung erhält. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bleibt bis zum Zeitpunkt des Widerrufs rechtmäßig.**

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner bzw. des  
bevollmächtigten Vertreters bzw. Betreuers