



Wichtiger Hinweis

Notwendige Unterlagen bitte unbedingt vollständig ausfüllen, unterschreiben und an uns zurückschicken. (Per Post oder E-Mail an: info@hohenloher-seniorenbetreuung.net)

Bitte beachten Sie: Erst nach Vorlage der u. g. Unterlagen kann über die Aufnahme in eines unserer Seniorenzentren entschieden werden. Kopien der Unterlagen können wir im Haus fertigen.

Folgende Unterlagen sind vor der Aufnahme in eines unserer Seniorenzentren vorzulegen:

- Beschluss über die Betreuung nach dem Betreuungsrecht bzw. Vorsorgevollmacht (**zwingend notwendig**)
- Antrag zur Heimaufnahme (**muss vor Aufnahme schriftlich vorliegen**)
- Ärztlicher Fragebogen inkl. Medikamentenplan – ausgefüllt und unterschrieben vom behandelnden Hausarzt (**muss vor Aufnahme schriftlich vorliegen**)
- aktueller Personalausweis in Kopie
- Krankenversicherungskarte im Original für die Pflegebereiche
- Bescheid der Pflegekasse über die Einstufung des Pflegegrades sowie bei Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege Bestätigung der Kostenübernahme
- Bescheid über Sozialhilfe – sofern vorhanden
- Zuzahlungsbefreiung für gesetzlich Versicherte (Befreiungskarte) – sofern vorhanden
- Patientenverfügung – sofern vorhanden
- Nachweis über „Freiheitsentziehende Maßnahmen“ vom Vormundschaftsgericht – sofern erforderlich

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.
Ihre Heimverwaltung



Ihre Ansprechpartner

Wir heißen Sie in der Hohenloher Seniorenbetreuung (HSB) herzlich willkommen. Wenn Sie einen **Pflegeplatz** oder eine **Mietwohnung** mit zubuchbaren Serviceleistungen suchen, nehmen Sie bitte direkt mit den jeweiligen Heim- und Pflegedienstleitungen der Seniorenzentren **Kontakt** auf.

Altenheim Krautheim, Tel. 06294 423024

Seniorenzentrum Dörzbach, Tel. 07937 80320

Seniorenzentrum Forchtenberg, Tel. 07947 942598

Seniorenzentrum Waldenburg, Tel. 07942 94672160

Altenheim Öhringen, Tel. 07941 692110

Seniorenzentrum Neuenstein, Tel. 07942 943610

Seniorenzentrum Schöntal, Tel. 07943 94489100

Bei uns finden Sie weitere kompetente Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner in allen Fragen rund um unsere Seniorenzentren mit ihren Pflegebereichen und dem Service-Wohnen. Auch für Lob, Anregungen oder Kritik wenden Sie sich gern vertrauensvoll an uns.



Verwaltung (Krautheim, Dörzbach,
Forchtenberg, Schöntal)

Luzia Leuser
Telefon: 07937 8032-32 (Fr)
06294 4230-24 (Di+Do)



Kaufmänn. Direktor

Marc Gabelmann
Telefon: 0151 52156059



Pflegedirektorin

Tanja Philippi-Sauer
Telefon: 0160 94860925

E-Mail-Anfragen richten Sie bitte an die zentrale Verwaltungsadresse:

info@hohenloher-seniorenbetreuung.net

Per **Fax** erreichen Sie uns unter der Nummer **07941 692-471**.



Antrag zur Aufnahme

Gewünschtes Seniorenzentrum (Mehrfachnennung möglich)

- Altenheim Öhringen
- Seniorenzentrum Dörzbach
- Seniorenzentrum Schöntal
- Altenheim Krautheim
- Seniorenzentrum Forchtenberg
- Seniorenzentrum Waldenburg
- Seniorenzentrum Neuenstein

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname(n): _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ Geburtsname: _____

Konfession: _____ Familienstand: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

derzeitiger Aufenthaltsort

- Krankenhaus
- Reha
- Familienangehörige* r
- zu Hause
- sonstiges: _____

Gewünschte Betreuungsform

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Verhinderungspflege von _____ bis _____

Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeit- bzw. Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

nein ja, _____ Tage – bitte unbedingt Nachweis der Pflegekasse hinzufügen

Vollstationäre Pflege ab _____

Tagespflege ab _____

Bestattungsvorsorge vorhanden?

ja nein wird nachgereicht

Amtliche Betreuung?

ja nein beantragt



Einstufung durch den MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) in einen Pflegegrad

- ja, in Pflegegrad _____ nein beantragt

Falls ja, Höherstufung beantragt?

- ja, am _____ nein

Ernährung über Sonde

- nein ja, nähere Erläuterung: _____

Sauerstoffpatient

- nein ja, nähere Erläuterung: _____
 stationär mobil gasförmig flüssig

Rezeptgebührenbefreiung

- ja, gültig bis: _____ nein

Krankenkasse

- gesetzlich privat Selbstzahler

Name der Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Sozialamt

Name des Amtes: _____

Adresse: _____

Bitte unbedingt den Nachweis des Amtes beifügen, wenn Sie Hilfe zu Leistungen der Pflege (Sozialhilfe) erhalten!

Hausarzt

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____



1) Ansprechpartner*in (= Rechnungsempfänger*in)

Angehörige*r (Verwandtschaftsverhältnis: _____)

rechtliche*r Betreuer*in

Bevollmächtigte*r

Name: _____

Vorname(n): _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

(Mobil-)Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

2) Erstkontakt im Notfall/Todesfall

Angehörige*r (Verwandtschaftsverhältnis: _____)

rechtliche*r Betreuer*in

Bevollmächtigte*r

Name: _____

Vorname(n): _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

(Mobil-)Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Einkommen

Art des Einkommens: _____

Monatlicher Betrag in €: _____

Kostenträger – Die Heimkosten werden getragen durch:

das oben aufgeführte Einkommen

Zuzahlungen aus dem Vermögen (Sparbuch)

das zuständige Sozialamt

Die Kostenverpflichtungserklärung

liegt bei

wird nachgereicht

Dokumente (Bitte in Anlage beifügen)

Patientenverfügung

General-/Vorsorgevollmacht

Name: _____

Vorname(n): _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

(Mobil-)Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____



Soll die Kleidung im Hause gezeichnet und gewaschen werden? Die Kosten sind im Heimentgelt inklusive.

- ja nein

Bitte achten Sie darauf, dass die mitgebrachte **Wäsche Waschmaschinen- und Trockner-tauglich** ist. Die Heimleitung haftet nicht bei Verlust.

Besteht eine Haftpflichtversicherung?

- nein ja (bitte angeben) _____

Wir empfehlen Ihnen, vor dem Einzug eine private Haftpflichtversicherung abzuschließen.

Über die anfallenden Heimkosten wurde ich informiert und entsprechend beraten (siehe Anlagen).

Für mitgebrachte Brillen oder Hörgeräte kann bei Verlust oder Beschädigung keine Haftung übernommen werden.

Die Mitarbeitenden dürfen Besuchern (z. B. Freunden, Familienangehörigen, Mitarbeitenden medizinisch-pflegerischer Dienste etc.) **Auskunft** über den Verbleib der Bewohnerin / des Bewohners geben.

- ja nein

Vor jeder Aufnahme muss der ärztliche Fragebogen vorliegen. Jeder Aufnahmetermin bedarf einer bestätigten schriftlichen Zusage. Wir weisen darauf hin, dass im Anschluss an die Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege nicht ohne weiteres die vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden kann. Dieses bedarf der vorherigen Zusage.

Hiermit melde ich mich verbindlich an. Gewünschtes Aufnahmedatum: _____

Ort , Datum: _____ Unterschrift: _____

ACHTUNG:

Die verbindliche Aufnahme hängt von der Vollständigkeit und Prüfung der eingereichten Unterlagen ab.

Bitte füllen Sie daher die **Unterlagen vollständig** aus. Herzlichen Dank.

Denken Sie bitte auch an die notwendigen **Ummeldungen**, sofern Sie dauerhaft ins Seniorenzentrum ziehen.

Ändern Sie bitte zeitnah Ihren **Erstwohnsitz**.



Ärztlicher Fragebogen

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim ... Gehen?				
... Treppensteigen				
... Essen				
... Waschen				
... Ankleiden				
... Frisieren/Rasieren				
... Aufstehen (aus dem Bett)				
... zu Bett Gehen				
... Benutzen der Toilette				
Ist der/die Patient/in ... zeitlich desorientiert?				
... örtlich desorientiert				
... persönlich desorientiert				
... situativ desorientiert				
... bettlägerig				
Treten nachts Unruhezustände auf?				
Liegt Inkontinenz vor?				
Stuhlinkontinenz				
Harninkontinenz				
wenn ja, in Form von:				

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Stress-/Belastungsinkontinenz | <input type="radio"/> Dranginkontinenz | <input type="radio"/> Mischinkontinenz |
| <input type="radio"/> unkatégorisierbare Harninkontinenz | <input type="radio"/> extraurethrale Inkontinenz | <input type="radio"/> Inkontinenz bei chron. Harnretention |



Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
- ja, in Form von: _____

Bestehen ansteckende Krankheiten? (bitte genau bezeichnen)

- MRSA
- HIV
- Hepatitis
- VRE
- TBC
- Sonstige: _____

Diagnosen (bitte in Blockschrift):

_____ – ausführliches Diagnoseblatt mit Arztunterschrift liegt bei

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

_____ – aktueller Medikamentenplan mit Arztunterschrift liegt bei

Ist Diät-/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, bitte Körpergröße _____ cm und Gewicht _____ kg angeben)

- nein
- ja, in Form von: _____

Insulinpflichtige*r Diabetiker*in? ja nein

Allergien? ja, gegen: _____ nein

Weitere Hinweise (Bypass, Herzschrittmacher ...): _____

Covid-19 Impfung? ja nein Datum der letzten Impfung _____
Impfstoff(e) _____

Hinlauftendenz/Weglauftendenz? ja nein

Diese Informationen beruhen auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort , Datum _____ Stempel + Unterschrift _____



Ärztliche Erklärung

Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

Geburtsort: _____

In unseren Seniorenzentren

- [Altenheim Öhringen, Krankenhausstr. 14, 74613 Öhringen](#)
- [Altenheim Krautheim, Burgweg 2, 74238 Krautheim](#)
- [Seniorenzentrum Dörzbach, Hinterm Dorf 5, 74677 Dörzbach](#)
- [Seniorenzentrum Forchtenberg, Am Bahnhof 5, 74670 Forchtenberg](#)
- [Seniorenzentrum Neuenstein, Mauerweg 12/14, 74632 Neuenstein](#)
- [Seniorenzentrum Schöntal, Schulweg 15, 74214 Schöntal-Westernhausen](#)
- [Seniorenzentrum Waldenburg, Fichtenweg 18, 74638 Waldenburg](#)

besteht **freie Arztwahl!**

Die **ärztliche Betreuung** für die Dauer des Heimaufenthalts wird durch folgende/n Ärztin/Arzt sichergestellt:

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner/-in bzw. Bevollmächtigte/r



Packliste für den Einzug

Wenn Sie in eines unserer Seniorenzentren kommen, möchten wir, dass Sie bestmöglich ausgestattet sind und es Ihnen an nichts fehlt. Daher bringen Sie bitte Folgendes bei Ihrem Einzug mit:

○ **Kleidung und Schuhe**

- Waschmaschinenwaschbare Oberbekleidung ohne Wollanteil
- Strickjacke ohne Wollanteil sowie Jacke bzw. Mantel (nach Rücksprache mit der Stationsleitung)
- komplette Garnituren Unterwäsche (bitte auf die Größe achten)
- jeweils paarige Strümpfe bzw. Strumpfhosen
- Nachthemden bzw. Schlafanzüge
- Morgen- oder Bademantel
- Hausschuhe für Sommer oder Winter (auf Sicherheit achten) sowie feste Schuhe / Sandalen

Die mitgebrachte Kleidung muss beim Einzug **frisch gewaschen und in gutem Zustand** sein! Sie wird in unseren Seniorenzentren **gekennzeichnet**.

Achtung: Wir bitten, darauf zu achten, dass die Kleidung in Großwaschanlagen gewaschen werden kann und für den Trockner geeignet ist (ohne Wollanteil). Für eventuelle Beschädigungen an von dieser Norm abweichenden Kleidungsstücken kann vom jeweiligen Seniorenzentrum keine Haftung übernommen werden. Waren aus Wolle oder anderen tierischen Fasern bedürfen grundsätzlich der chemischen Reinigung und werden nicht angenommen.

○ **Pflegeartikel** wie z. B. Zahnputzutensilien, Zahnprothesen und -reinigungsmittel, Kamm / Bürste, Rasierapparat, Duschgel, Shampoo, Cremes, Lotionen ...

○ **benötigte Medikamente** in der Originalverpackung mit Beipackzettel

○ **ärztlich verordnete Materialien / Geräte**

hierzu zählen vorhandenes Inkontinenzmaterial, Stomabeutel, Insulinpumpen, Blutzucker-Messgerät etc.

○ **vorhandene Hilfsmittel** wie Brille, Hörgerät mit Batterien, Gehstock / Krücke, Rollator, Rollstuhl ...

○ **persönliche Gegenstände** (bspw. Fotoalben, Bilder, Lieblingsbücher)

○ **wichtige Dokumente** wie Versichertenkarte der Krankenkasse und Impfpass;

je nach Bedarf Schwerbehinderten-Ausweis, Allergie-Ausweis, Diabetiker-Ausweis, Herzschrittmacher-Ausweis, Marcumar-Ausweis u. a.