

Notburgahaus gemeinnützige GmbH
Sittarder Straße 191
41748 Viersen

Telefon: 02162 – 53016-0
Telefax: 02162 – 53016-260
E-Mail: info@notburgahaus.de



Notburgahaus gemeinnützige GmbH Sittarder Str. 191, 41748 Viersen

An die
Interessenten eines
Heimplatzes im
Notburgahaus Viersen

Viersen, im Jahre 2025

Aufnahmeprozess durch die Verwaltung – Checkliste und Datenerhebung vor der Aufnahme

Sehr geehrte Interessenten,

der Einzug in eine vollstationäre Altenpflegeeinrichtung ist mit unterschiedlichen Verwaltungstätigkeiten verbunden. Um diese im Vorfeld vorbereiten zu können benötigen wir von Ihnen einige Angaben über Sie selbst bzw. über unsere zukünftige Bewohnerin / über unseren zukünftigen Bewohner.

Daher haben wir zum einen eine Checkliste erstellt, der Sie alle wichtigen Dokumente entnehmen können, die wir im Zuge der Aufnahme in unsere Einrichtung benötigen. Zum anderen haben wir einen Auskunftsbogen (Datenerhebung vor der Aufnahme) entwickelt, mit dem Sie den Aufnahmeprozess für alle Beteiligten vereinfachen können.

Wir bitten Sie die nachfolgenden Seiten auszufüllen und uns diese im Vorfeld der Aufnahme zukommen zu lassen.

Mit freundlichen Grüßen

(Pleißner)
Geschäftsführer / Einrichtungsleiter

Notburgahaus
gemeinnützige GmbH
Verwaltungsratsvorsitzender
Ulrich Waßenhoven
Geschäftsführer
Andreas Pleißner

Sitz der Gesellschaft
41748 Viersen
Handelsregister
AG Mönchengladbach, HRB 13611
St.-Nr. 102/5865/1326

Telefon: 02162 – 53016-0
Telefax: 02162 – 53016-260
info@notburgahaus.de
www.notburgahaus.de
IK 510 510 871

Bankverbindung
Sparkasse Krefeld
IBAN DE52320500000059360784
BIC SPKRDE33
Stand: Januar 2025

Checkliste der notwendigen Dokumente vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



**Bitte achten Sie darauf, dass folgende Dokumente
möglichst vor der Aufnahme vollständig vorliegen!**
(Kopien können gerne in der Verwaltung erstellt werden.)

- gültiger Personalausweis / *(alternativ: Nachweis über die Befreiung der Ausweispflicht)*
- Krankenversichertenkarte
- ggf. gültiger Befreiungsnachweis von gesetzlichen Zuzahlungen
- Bescheid über den vorliegenden Pflegegrad
- ggf. Vorsorgevollmacht
- ggf. Kopie der Bestellungsurkunde vom Betreuungsgericht mit Angaben über den Betreuungsumfang
- ggf. Patientenverfügung
- ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) *(einen entsprechenden Vordruck erhalten Sie in der Bewohnerverwaltung)*
- Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse *(kann nachgereicht werden)*
- Steueridentifikationsnummer *(kann nachgereicht werden)*
- ggf. Verfügungen im Todesfall (z.B. Bestattungsvorsorgevertrag)
- ggf. Kopie der Geburtsurkunde / des Stammbuches *(nur wenn vorhanden)*
- ggf. Impfausweis
- ggf. Allergieausweis
- ggf. Herzschrittmacherausweise etc.
- ggf. Nachweise / Versichertenkarten über private Krankenzusatzversicherung

Bei einer Kostenübernahme durch das Sozialamt werden u.a. benötigt (Aufzählung nicht vollständig):

- aktuellste(r) Rentenbescheid(e) (gesetzliche Rente(n), Betriebsrente(n), private Rente(n)), Kopie des Sparbuches / der Sparbücher, Kontoauszüge der letzten drei Monate, Gutachten des Medizinischen Dienstes

Hinweis: *Nach erfolgtem Einzug erhalten Sie entsprechende Unterlagen zur vorzunehmenden Ummeldung des Wohnsitzes.*

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



1. Anrede: _____ (Frau / Herr / Dr. usw.)
2. Name: _____
3. Vorname: _____
4. Geburtsname: _____
5. Geburtsdatum: _____
6. Geburtsort: _____
7. Familienstand: _____
8. Staatsangehörigkeit: _____
9. Konfession: _____
10. bisherige Adresse: _____ (Straße und Hausnr.)
_____ (PLZ)
_____ (Ort)
11. Bevollmächtigte(r): _____ (Name)
_____ (Vorname)
_____ (Straße und Hausnr.)
_____ (PLZ)
_____ (Ort)
_____ (Telefon (privat))
_____ (Telefon (mobil))
_____ (Telefon (dienstlich))
_____ (E-Mail-Adresse)
_____ (Verwandtschaftsgrad)

- Notfall-/Sterbebegleitung gewünscht: ja und zwar „rund um die Uhr“
- ja, aber nur von _____ Uhr bis _____ Uhr
- nein

Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beifügen (siehe Checkliste)!

oder

es liegt eine gesetzliche Betreuung vor:

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



Betreuer/in: _____ (Name)

(Vorname)

(Straße und Hausnr.)

(PLZ)

(Ort)

(Telefon (mobil))

(Telefon (dienstlich))

(E-Mail-Adresse)

Der gerichtlich bestimmte Betreuungsumfang umfasst: _____

Notfall-/Sterbebegleitung gewünscht: ja und zwar „rund um die Uhr“
ja, aber nur von _____ Uhr bis _____ Uhr
nein

Bitte ggf. Kopie der Bestellungsurkunde beifügen (siehe Checkliste)!

12. Angehörige(r) I: _____ (Name)

(Vorname)

(Straße und Hausnr.)

(PLZ)

(Ort)

(Telefon (privat))

(Telefon (mobil))

(Telefon (dienstlich))

(E-Mail-Adresse)

(Verwandtschaftsgrad)

Notfall-/Sterbebegleitung gewünscht: ja und zwar „rund um die Uhr“
ja, aber nur von _____ Uhr bis _____ Uhr
nein

Ebenfalls bevollmächtigt: ja nein

Wenn ja, dann bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beifügen (siehe Checkliste)!

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



13. Angehörige(r) II: _____ (Name)
_____ (Vorname)
_____ (Straße und Hausnr.)
_____ (PLZ)
_____ (Ort)
_____ (Telefon (privat))
_____ (Telefon (mobil))
_____ (Telefon (dienstlich))
_____ (E-Mail-Adresse)
_____ (Verwandtschaftsgrad)

Notfall-/Sterbebegleitung gewünscht: ja und zwar „rund um die Uhr“
ja, aber nur von _____ Uhr bis _____ Uhr
nein

Ebenfalls bevollmächtigt: ja nein

Wenn ja, dann bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beifügen (siehe Checkliste)!

Weitere Angehörige können auf der Rückseite aufgeführt werden.

14. Es liegt eine Patientenverfügung vor: ja **Wenn ja, dann bitte Kopie beifügen (siehe Checkliste)!**
nein

15. Rechnungsempfänger/in soll sein (bitte auswählen):

- Bewohner/in
Bevollmächtigte(r)
Betreuer/in
Angehörige(r) I
Angehörige(r) II

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



16. Rechnungen sollen beglichen werden durch (*bitte auswählen*):

Überweisung

Lastschrift

Wenn Lastschrift, dann bitte die Bankverbindung angeben:

_____ (Kontoinhaber/in)

_____ (Bank)

_____ (IBAN)

_____ (BIC)

17. Im Falle des Todes der Bewohnerin / des Bewohners sind zu benachrichtigen:

Bevollmächtigte(r)

Betreuer/in

Angehörige(r) I

Angehörige(r) II

18. Pflegegrad: 1 2 3 4 5 beantragt

19. Pflegegrad seit: _____

20. Inkontinenz: ja nein

21. Hausärztin/-arzt: _____ (Name)

_____ (Straße und Hausnr.)

_____ (Ort)

_____ (Telefon)

22. 1. Fachärztin/-arzt _____ (Name)

_____ (Straße und Hausnr.)

_____ (Ort)

_____ (Telefon)

23. 2. Fachärztin/-arzt _____ (Name)

_____ (Straße und Hausnr.)

_____ (Ort)

_____ (Telefon)

Weitere Fachärztinnen / Fachärzte können auf der Rückseite aufgeführt werden.

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



24. Krankengymnast _____ (Name)

(Straße und Hausnr.)

(Ort)

(Telefon)
25. sonstige Dienstleister _____ (Branche)

(Name.)

(Straße und Hausnr.)

(Ort)

(Telefon)
26. Krankenkasse: _____
27. Mitgliedsnummer: _____
28. Beerdigungsinstitut (wenn bereits ausgewählt):

(Firmenname)

(Ort)

Nachfolgende Angaben werden u.a. zur Erstellung der Vertragsanlagen benötigt:

29. Friseurbesuche

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung in Bezug auf die Frisurauswahl getroffen (bitte eine Möglichkeit auswählen):

Besuch des Friseursalons im Haus (Firma Casaretto (Preise: siehe ausgehängte Preisliste)) mit anschließender Abrechnung über das Barbetragkonto oder Barzahlung durch die Bewohnerin / den Bewohner.

Friseurbesuche finden außerhalb des Notburgahauses statt und werden eigenständig organisiert.

Die Bewohnerin / der Bewohner hat eine(n) Friseur(in), die / der ins Notburgahaus kommt.

Die Bewohnerin / der Bewohner geht in folgendem Rhythmus zum Friseur:

wöchentlich: alle 2 Wochen:

jede _____. Woche: nach persönlicher Absprache:

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



30. Fußpflege

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung gewünscht / getroffen (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

Kosmetische Fußpflege im Haus (Preis: nach Aufwand) mit anschließender Abrechnung über das Barbetragskonto oder Barzahlung durch die Bewohnerin / den Bewohner.

medizinische Fußpflege (nach ärztlicher Verordnung)

Besuche zur Fußpflege finden außerhalb des Notburgahauses statt und werden eigenständig organisiert.

Die Bewohnerin / der Bewohner hat eine(n) Fußpfleger(in), die / der ins Notburgahaus kommt und durch sie / ihn bezahlt wird.

Bitte den Namen der Fußpflegerin / des Fußpflegers angeben:

Fußnägel schneiden (Grundpflegeanspruch) *.

* Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass das Schneiden der Fußnägel im Rahmen des Grundpflegeanspruchs bei bestimmten Erkrankungen oder Medikationsverordnungen (bspw. Diabetes mellitus, Apoplexie, verhornte oder pilzbefallene Nägel, Durchblutungsstörungen, Einnahme von Medikamenten zur Blutgerinnung (ASS / Marcumar) aus Versicherungsgründen nicht möglich ist.

Die Bewohnerin / der Bewohner geht in folgendem Rhythmus zur Fußpflege:

ca. alle 5 Wochen: ca. alle 10 Wochen:

nach persönlicher Absprache:

31. Reparatur / Änderung von Kleidungsstücken

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

Die Reparatur / Änderung von Kleidungsstücken wird durch eine externe Näherin durchgeführt und nach Aufwand berechnet und der Bewohnerin / dem Bewohner in Rechnung gestellt.

Die Reparatur / Änderung von Kleidungsstücken erfolgt eigenständig bzw. wird durch Angehörige, Bevollmächtigte oder Betreuer/in organisiert.

32. Telefonnutzung

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

Bereitstellung eines Telefons (monatlicher Preis in Höhe von derzeit 5,00 € inkl. der Gespräche in nationale Fest- und nationale Mobilnetze). Die anfallenden Kosten werden monatliche der Bewohnerin / dem Bewohner in Rechnung gestellt.

Die Bewohnerin / der Bewohner benötigt bzw. wünscht kein Telefon.

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



33. Internetnutzung

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

Bereitstellung eines kabellosen Internetzugangs (Preis: derzeit unentgeltliche Bereitstellung). Die anfallenden Kosten werden regelmäßig der Bewohnerin / dem Bewohner in Rechnung gestellt. [*Hinweis: Es ist eine gesonderte Vereinbarung nötig.*]

Die Bewohnerin / der Bewohner benötigt bzw. wünscht keinen Internetzugang.

34. Einkaufsservice

Für die Bewohnerin / den Bewohner soll der Einkaufsservice genutzt werden und die Abrechnung soll über das Barbetragkonto erfolgen.

Die Teilnahme am Einkaufsservice wird nicht gewünscht. Die Besorgungen erfolgen durch Angehörige.

35. Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken

Die Bewohnerin / der Bewohner bzw. die / der Bevollmächtigte(r) bzw. die / der Betreuer/in ist damit einverstanden, dass... (*bitte auswählen*)

Biographische Daten erhoben, erfasst, gespeichert, angepasst oder verändert und verwendet werden zum Zweck der fachgerechten Pflege und Betreuung.

Die **behandelnden Ärzte** dürfen Einblick in die Pflege- und Betreuungsdokumentation und andere Arztberichte inkl. Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung sowie in die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung (soweit vorhanden) zum Zweck der ganzheitlichen gesundheitlichen Versorgung erhalten.

Den **Therapeuten, Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc.** dürfen Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung zum Zweck der ganzheitlichen therapeutischen Behandlung mündlich mitgeteilt werden.

Die **Krankenhäuser/Rehabilitations-Einrichtungen**, in denen ich behandelt werde oder werden soll, dürfen so genannte Pflegeüberleitungsbögen mit den erforderlichen Informationen, wie Patientenstammdaten, Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) einschließlich Infektionen oder Besiedelungen durch multiresistente Erreger, Anamnese, Diagnostik, Therapien inkl. Prozeduren, Medikationsplan und Verordnungen sowie die Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in Kopie (soweit vorhanden) zum Zweck der nahtlosen gesundheitlichen Versorgung erhalten.

Der **Medizinische Dienst der Krankenkassen** darf Einsicht in die Pflege- und Betreuungsdokumentation und deren Aktualisierung zum Zweck der Begutachtung des Grades der Pflegebedürftigkeit erhalten.

Der **zuständige Sozialhilfeträger** darf im Einzelfall notwendige Auszüge aus der Pflege- und Betreuungsdokumentation zum Zweck der Prüfung der Leistungsgewährung erhalten.

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



36. Übernahme der Medikamentenversorgung

Die Notburgahaus gemeinnützige GmbH wird beauftragt folgende Leistungen hinsichtlich der Versorgung mit den vom Arzt / von der Ärztin verordneten Medikamenten im Rahmen der Regelleistungen des Notburgahauses zu übernehmen:

- | | |
|---|--------------------------|
| Beschaffung der Medikamente | <input type="checkbox"/> |
| Aufbewahrung der Medikamente | <input type="checkbox"/> |
| Richten der Einzel- / Tagesdosis | <input type="checkbox"/> |
| Anreichen bzw. Verabreichen der Medikamente | <input type="checkbox"/> |

Für die Bewohnerin / den Bewohner wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

- | | |
|---|--------------------------|
| Die Medikamentenversorgung soll über die kooperierende Apotheke des Notburgahauses erfolgen. | <input type="checkbox"/> |
| Die Medikamentenversorgung soll <u>nicht</u> über die kooperierende Apotheke erfolgen. D.h. die Medikamentenversorgung wird eigenständig organisiert. | <input type="checkbox"/> |

37. Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten durch die kooperierende Apotheke des Notburgahauses

Nur relevant wenn die erste Möglichkeit ausgewählt wurde:

- | | | |
|---|------|--------------------------|
| Sofern die Medikamente über die kooperierende Apotheke des Notburgahauses bezogen werden, ist die Bewohnerin / der Bewohner bzw. die / der Bevollmächtigte(r) bzw. die / der Betreuer/in damit einverstanden, dass die kooperierende Apotheke personenbezogene Daten ärztlicher Verordnungen sowie Daten aus der Selbstmedikation zur persönlichen Beratung und Betreuung (z.B. Abgleich von Arzneimittelwechselwirkungen, Quittierungen von Eigenleistungen gegenüber Krankenkasse und Finanzamt) speichert. | ja | <input type="checkbox"/> |
| | nein | <input type="checkbox"/> |

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



38. Regelung zum Umgang mit der eingehenden Post* an die Bewohnerin / den Bewohner
(* *ausgenommen sind Postkarten und Werbesendungen*)

Mit der eingehenden Post, welche an die Bewohnerin / den Bewohner adressiert ist, soll wie folgt umgegangen werden (*bitte auswählen*):

Die eingehende Post (mit Eingangsstempel versehen) soll in das Zimmer der Bewohnerin / des Bewohners gelegt werden.

Bei dieser Auswahl soll gelten:

Zur Information eine E-Mail an folgende Adresse senden:

Zur Information folgende Person anrufen:

Es ist keine Information über den Posteingang gewünscht.

Die eingehende Post (mit Eingangsstempel versehen) soll im Verwaltungsbüro deponiert werden, sodass diese dort zu den Öffnungszeiten abgeholt werden kann.

Bei dieser Auswahl soll gelten:

Zur Information eine E-Mail an folgende Adresse senden:

Zur Information folgende Person anrufen:

Die eingehende Post soll erneut, zu Lasten des Barbetragkontos, frankiert und an folgende Adresse gesendet werden:

_____ (Empfänger/in)

_____ (Straße und Hausnr.)

_____ (PLZ und Ort)

39. Möglichkeit des Verschlusses des Zimmers durch die Bewohnerin / den Bewohner (gilt nur bei Einzelzimmern bzw. (Ehe-)Paaren in Doppelzimmern) (*bitte auswählen*):

Hinweis: *Das Pflegepersonal verfügt im Wohnbereich über Schlüssel für jedes Zimmer und kann dieses im Bedarfsfall (z.B. Krankenhausaufenthalt) abschließen.*

Die Bewohnerin / der Bewohner benötigt keinen eigenen Zimmerschlüssel zum Verschluss ihres / seines Zimmers.

Die Bewohnerin / der Bewohner wünscht einen eigenen Zimmerschlüssel zum Verschluss ihres / seines Zimmers (derzeitiger Pfandbetrag: 75,00 €).

Datenerhebung vor der Aufnahme

Bei Fragen rufen Sie bitte unter 0 21 62 53 01 60 an.



40. Durchführung von Pflegevisiten

Erklärung: Im Rahmen des Pflege- und Betreuungsprozesses wird durch das Pflegepersonal u.a. eine Pflege- und Betreuungsplanung erstellt. Dies dient dazu die pflegerische Versorgung orientiert an den Bedürfnissen der Bewohnerin bzw. des Bewohners zu gewährleisten. Zugleich ist dies ein Instrument, um mögliche Veränderungen im Pflege- und Betreuungsprozess adäquat zu dokumentieren.

Zur internen Überprüfung des Pflegeprozesses werden im Notburgahaus Pflegevisiten von Mitarbeitern mit fachlicher Kompetenz (Pflegefachpersonen mit umfassendem aktuellem Fachwissen) durchgeführt.

Sie bzw. Ihre Vertretungsperson(en) haben im Anschluss an eine durchgeführte Pflegevisite die Gelegenheit den derzeitigen Pflege- und Betreuungsplan mit uns zu besprechen. Aber auch Fragen, Wünsche, Bedürfnisse, Kritik und / oder Anregungen Ihrerseits anzubringen. Soweit es uns möglich ist, sowie pflegerisch und medizinisch keine Bedenken bestehen, werden wir Ihre Anliegen in unsere Pflege- und Betreuungsplanung aufnehmen.

Für die Durchführungsmöglichkeit der Pflegevisiten benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte teilen Sie uns nachstehend Ihren diesbezüglichen Wunsch mit:

Ich bin mit der Durchführung von Pflegevisiten einverstanden.

Ich bin mit der Durchführung von Pflegevisiten nicht einverstanden.

41. Einwilligung zur Übermittlung des Pflegegutachtens und der jeweils aktuellen Pflegebescheide

Die Bewohnerin / der Bewohner bzw. die / der Bevollmächtigte(r) bzw. die / der Betreuer/in ist damit einverstanden, dass die zuständige Pflegekasse das erstellte Pflegegutachten (inkl. der entsprechenden Angaben zum vorliegenden Pflegegrad und zum Rehabilitationsbedarf) als auch den aktuellen Bescheid der Pflegekasse zum Zwecke der Erbringung von Pflege- und Betreuungsleistungen und der Abrechnung der erbrachten Leistungen an die Leitung der Einrichtung (**Notburgahaus gemeinnützige GmbH Sittarder Str. 191, 41748 Viersen** als Träger des **Notburgahauses**) übermittelt (*bitte auswählen*):

Ich bin mit der Übermittlung einverstanden.

Ich bin mit der Übermittlung nicht einverstanden.

Folgende Punkte werden durch die Verwaltungsmitarbeiter/innen ausgefüllt:

42. geplantes Einzugsdatum: _____

43. Zimmerart: Einzelzimmer

Doppelzimmer

44. Zimmernummer: _____

45. Finanzierung: Selbstzahler ja nein

Pflegewohnngeld ja nein

Sozialhilfe ja nein