

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  
Kurzzeit-/Verhinderungspflegeplatzes im  
Notburgahaus Viersen

Viersen, im Jahre 2025

### **Aufnahmeprozess durch die Verwaltung – Checkliste und Datenerhebung vor Aufnahme zur Kurzzeit-/Verhinderungspflege**

Sehr geehrte Interessenten,

die Aufnahme im Rahmen einer Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ist mit unterschiedlichen Verwaltungstätigkeiten verbunden. Um diese im Vorfeld vorbereiten zu können benötigen wir von Ihnen einige Angaben über Sie selbst bzw. über unseren zukünftigen Gast.

Daher haben wir zum einen eine Checkliste erstellt, der Sie alle wichtigen Dokumente entnehmen können, die wir im Zuge des Kurzzeit-/Verhinderungspflegeaufenthaltes in unserer Einrichtung benötigen. Zum anderen haben wir einen Auskunftsbogen (Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege) 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 DE5232050000059360784  
BIC SPKRDE33  
Stand: Januar 2025

## Checkliste der notwendigen Dokumente vor der Kurzzeit-/ Verhinderungspflege



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 Bestellsurkunde 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)*
- ggf. Nachweise / Versichertenkarten über private Krankenzusatzversicherung

# Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege

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. aktuelle 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 Kurzzeit-/Verhinderungspflege

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): \_\_\_\_\_ (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 Kurzzeit-/Verhinderungspflege



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

13. Es liegt eine Patientenverfügung vor: ja  **Wenn ja, dann bitte Kopie beifügen (siehe Checkliste)!**  
nein
14. Rechnungsempfänger/in soll sein (*bitte auswählen*):
- Gast
- Bevollmächtigte(r)
- Betreuer/in
- Angehörige(r)
15. Im Falle des Todes des Gastes sind zu benachrichtigen:
- Bevollmächtigte(r)
- Betreuer/in
- Angehörige(r)
16. Pflegegrad: 1  2  3  4  5  beantragt
17. Pflegegrad seit: \_\_\_\_\_
18. Inkontinenz: ja  nein
19. Hausärztin/-arzt: \_\_\_\_\_ (*Name*)  
\_\_\_\_\_ (*Straße und Hausnr.*)  
\_\_\_\_\_ (*Ort*)  
\_\_\_\_\_ (*Telefon*)
20. 1. Fachärztin/-arzt \_\_\_\_\_ (*Name*)  
(*nur bei regelmäßigem Kontakt*) \_\_\_\_\_ (*Straße und Hausnr.*)  
\_\_\_\_\_ (*Ort*)  
\_\_\_\_\_ (*Telefon*)
21. sonstige Dienstleister \_\_\_\_\_ (*Branche*)  
(*Krankengymnasten etc.*) \_\_\_\_\_ (*Name.*)  
\_\_\_\_\_ (*Straße und Hausnr.*)  
\_\_\_\_\_ (*Ort*)  
\_\_\_\_\_ (*Telefon*)

## Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege

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



22. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

23. Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

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

24. Friseurbesuche

Für den Gast 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 Barbetragskonto oder Barzahlung durch den Gast.

Friseurbesuche finden außerhalb des Notburgahauses statt und werden eigenständig organisiert.

Der Gast hat eine(n) Friseur(in), die / der ins Notburgahaus kommt.

Friseurbesuche sollen während der Kurzzeitpflege nicht stattfinden.

25. Fußpflege

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

Kosmetische Fußpflege im Haus (Preis: nach Aufwand), die einmal monatlich kommt, mit anschließender Abrechnung über das Barbetragskonto oder Barzahlung durch den Gast.

medizinische Fußpflege (nach ärztlicher Verordnung)

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

Der Gast hat eine(n) Fußpfleger(in), die / der zu ihr / ihm 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.

Fußpflegebesuche sollen während der Kurzzeitpflege nicht stattfinden.

26. Reparatur / Änderung von Kleidungsstücken

Für den Gast wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

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

## Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege



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

- Die Reparatur / Änderung von Kleidungsstücken erfolgt eigenständig bzw. wird durch Angehörige, Bevollmächtigte oder Betreuer/in organisiert.
27. Telefonnutzung
- Für den Gast wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):
- Bereitstellung eines Telefons (pauschaler Preis je Aufenthalt in Höhe von derzeit 5,00 € inkl. der Gespräche in nationale Fest- und nationale Mobilnetze). Die anfallenden Kosten werden nach dem Aufenthalt in Rechnung gestellt.
- Der Gast benötigt bzw. wünscht kein Telefon.
28. Internetnutzung
- Für den Gast wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):
- Bereitstellung eines kabellosen Internetzugangs (Preis: derzeit unentgeltliche Bereitstellung). *[Hinweis: Es ist eine gesonderte Vereinbarung nötig.]*
- Der Gast benötigt bzw. wünscht keinen Internetzugang.
29. Einkaufsservice
- Für den Gast 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, Bevollmächtigte oder Betreuer/in.
30. Einwilligung zur Datenverarbeitung zu Versorgungszwecken
- Der Gast bzw. die / der Bevollmächtigte 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.

## Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege



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

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

### 31. 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

Aufbewahrung der Medikamente

Richten der Einzel- / Tagesdosis

Anreichen bzw. Verabreichen der Medikamente

Für den Gast wird folgende Regelung gewünscht (*bitte eine Möglichkeit auswählen*):

Die Medikamentenversorgung soll über die kooperierende Apotheke des Notburgahauses erfolgen.

Die Medikamentenversorgung soll nicht über die kooperierende Apotheke erfolgen. D.h. die Medikamentenversorgung wird eigenständig organisiert.

### 32. 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 der Gast bzw. die / der Bevollmächtigte 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

nein



## Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege

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



33. Regelung zum Umgang mit der eingehenden Post\* an den Gast  
(\* *ausgenommen sind Postkarten und Werbesendungen*)

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

Die eingehende Post (mit Eingangsstempel versehen) soll in das Zimmer des Gastes 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)

34. Möglichkeit des Verschlusses des Zimmers durch den Gast (gilt nur bei Einzelzimmern) (*bitte auswählen*):

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

Der Gast benötigt keinen eigenen Zimmerschlüssel zum Verschluss ihres / seines Zimmers.

Der Gast wünscht einen eigenen Zimmerschlüssel zum Verschluss ihres / seines Zimmers (derzeitiger Pfandbetrag: 75,00 €).

## Datenerhebung vor der Kurzzeit-/Verhinderungspflege

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



### 35. 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 des Gastes 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.

### 36. Einwilligung zur Übermittlung des Pflegegutachtens und der jeweils aktuellen Pflegebescheide

Der Gast bzw. die / der Bevollmächtigte 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:

37. geplanter KZP-/VHP-Zeitraum: \_\_\_\_\_

38. Zimmerart: Einzelzimmer

Doppelzimmer

39. Zimmernummer: \_\_\_\_\_

40. Finanzierung: Selbstzahler ja  nein

Sozialhilfe ja  nein

Kautionsleistung ja  nein

Aufwendungszuschuss ja  nein