Das Haus
mitten im Grünen

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

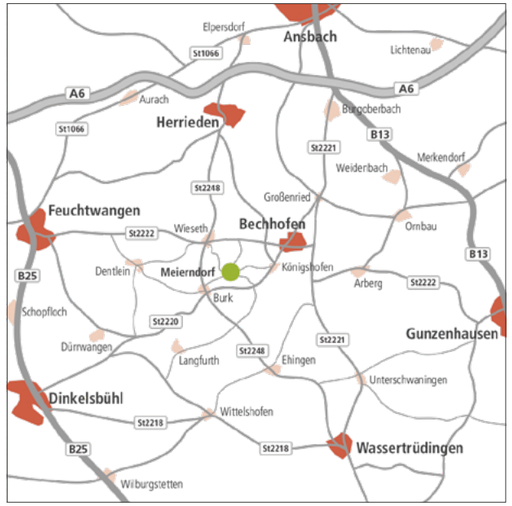


Zuhause für Senioren

Soziales und christliches Engagement sind unere Beweggründe, um pflegebedürftigen älteren Menschen ein würdiges Zuhause zu bieten.



Unsere Seniorenpflegeeinrichtung liegt am Ortsrand von Meierndorf, schön eingebettet in die ländliche Umgebung. Seinen Ursprung hat das Haus bereits im Jahr 1970. Angetrieben von sozialer und christlicher Motivation hat damals das Ehepaar Föll ein Zuhause für pflegebedürftige ältere Menschen geschaffen. Seitdem wurde die Einrichtung baulich vergrößert auf 47 vollstationäre Pflegeplätze mit eingestreuter Kurzzeit- und Verhinderungspflege sowie Tagespflege erweitert und kontinuierlich modernisiert. Bis zum heutigen Tag hat sich das Haus einen sehr familiären Charakter erhalten – übersichtlich und persönlich. Sorge dafür tragen die Familien Föll und Messerer mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses. Seit 2021 ist Seniorenpflege Meierndorf in Trägerschaft der Münchener Pflegeheimgesellschaft.



SENIORENPFLEGE
Meierndorf



Mühlweg 3 · 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0 · Telefax 09822 6094-20
info@seniorenpflege-meierndorf.de
www.seniorenpflege-meierndorf.de

Bei uns in guten Händen



Unser dreigeschossiges Haus liegt auf einem großzügigen Grundstück – mit einem herrlichen Garten, mit verschiedenen Terrassen und Sitzplätzen und vielen Möglichkeiten für Aktivitäten im Freien. 16 Doppelzimmer und 15 Einzelzimmer stehen zur Verfügung. Die hellen und freundlichen Zimmer sind senioren- und behindertengerecht ausgestattet und können mit eigener Einrichtung bestückt werden. Für die Betreuung, Pflege und Bewirtschaftung sorgen rund 40 qualifizierte, sehr engagierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Verpflegung kommt aus unserer eigenen Küche: täglich frisch, abwechslungsreich, vielfältig zubereitet und oft mit regionalen Zutaten.

Wir arbeiten mit einem konsequenten Qualitätsmanagement zur Sicherung und Optimierung einer qualifizierten, ganzheitlichen Pflege und Betreuung.

Vollstationäre Pflege

Eine vollstationäre Pflege wird meist dann in Betracht gezogen, wenn die häusliche oder teilstationäre Pflege auf Grund des Gesundheitszustandes oder anderer Gründe nicht mehr möglich ist. Beim Neueinzug legen wir dabei großen Wert auf einen sanften Übergang von der gewohnten Umgebung zu Hause in unsere Pflegeeinrichtung. Eigene Möbel, persönliche Gegenstände und Erinnerungsstücke sind dabei sehr hilfreich. Alle Bewohnerinnen und Bewohner sollen in unserem Haus neben der Betreuung und Pflege eine größtmögliche Privatsphäre genießen, gleichzeitig aber auch sozial integriert teilnehmen am gemeinsamen Leben im Alter. Hierzu planen und veranstalten wir zahlreiche Aktivitäten.

Allen Bewohnerinnen und Bewohnern steht besondere Betreuung und Aktivierung durch eigens geschulte Betreuungskräfte zu. Hierfür gibt es einen Angebotsplan mit Einzel -und Gruppenangeboten, den wir an den speziellen Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen ausrichten.

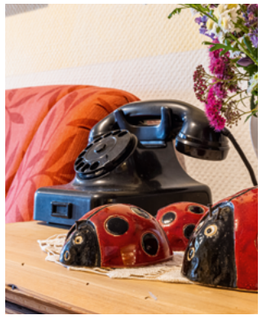


Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Zur Kurzzeitpflege können wir bedürftige Personen für einen begrenzten Zeitraum in die vollstationäre Pflege integrieren. Die Kurzzeitpflege dient insbesondere zur Bewältigung von Krisensituationen bei der häuslichen Pflege oder als Übergang im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt.

Zur Entlastung pflegender Angehöriger kommt für Menschen, die normalerweise zu Hause gepflegt werden, auch die Verhinderungspflege in Betracht, zum Beispiel wenn die betreuende Person selbst erkrankt, überlastet ist, eine Kur oder einen Urlaub antreten möchte.

Fragen Sie uns nach den Möglichkeiten für Kurzzeit- und Verhinderungspflege. Denn: Beide Formen der Pflege werden oft sehr kurzfristig benötigt, so dass man rasch reagieren muss. Wir informieren Sie ausführlich.



Tagespflege

In Ergänzung zur häuslichen Betreuung bieten wir Tagespflegeplätze für Menschen, die auf begleitende, betreuende und fördernde Leistungen angewiesen sind. Unsere Tagespflegegäste werden in die Betreuungs- und Versorgungsangebote der vollstationären Bewohnerinnen und Bewohner eingebunden. Der Tagespflegegast und seine Angehörigen können die Besuchsform nach den eigenen Bedürfnissen wählen: ganz- oder halbtags, an einzelnen Tagen oder auch täglich.

Ein qualifiziertes Team

Unsere Pflege- und Betreuungskräfte, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Küche, Hauswirtschaft und der Haustechnik sind bestens qualifiziert für ihre jeweilige Tätigkeit. Laufende Fortbildungsmaßnahmen dienen dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens und der in unserem Haus geforderten Qualität. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnet darüber hinaus ein hohes Maß an Engagement aus. Ergänzt wird unser Team durch ehrenamtliche Helferinnen und Helfer.



Kosten und Finanzierung

Je nach pflegerischer Versorgungsform (Vollstationäre Pflege, Kurzzeit-/Verhinderungspflege oder Tagespflege), Pflegegrad und genutztem Wohnraum entstehen unterschiedliche Kosten. Bitte fragen Sie uns! Wir informieren Sie über anfallende Kosten, über die Beteiligung durch die Pflegekasse und Ihren Eigenanteil.

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Wie bekomme ich einen vollstationären Pflegeplatz?

Wenn die Suche nach einem vollstationären Pflegeplatz ansteht, stellen sich oft viele Fragen. Dieser Bogen möchte Ihnen durch konkrete Informationen helfen, dass Sie sich gut zurechtfinden und die benötigten Unterlagen für einen vollstationären Pflegeplatz anhand der beiliegenden Checkliste „Benötigte Formulare und Sonstiges …" in Ruhe zusammenstellen können.

1. Schritt:
Informationsmappe von der vollstationären Pflegeeinrichtung Ihrer Wahl anfordern.

2. Schritt:
Regelmäßig in der stationären Pflegeeinrichtung anrufen und weiteres Interesse signalisieren, Kontakt halten.

Parallel zu Schritt 2 gelten Schritt 4 und 5.

3. Schritt:
Falls noch kein Pflegegrad vorhanden: Antrag auf Einstufung bei der zuständigen Pflegekasse (gleiche Adresse wie Krankenkasse) stellen.

Die Pflegekasse beauftragt den Medizinischen Dienst (MD) mit der Begutachtung und der entsprechenden Einstufung in einen Pflegegrad.

Ein Beratungsgespräch für umfassende Informationen erbitten Sie bei der zuständigen Pflegekasse.

Die Kosten für vollstationäre Pflege entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Blatt „Heimentgelt für vollstationäre Pflege".

4. Schritt:
Falls Ihr Angehöriger auf Grund der Erkrankung nicht mehr selbst unterschreiben, seinen Willen aber noch klar ausdrücken kann, sollte eine Vorsorgevollmacht (ggf. über Notar) erteilt werden *oder* ein Antrag für die Bestellung eines Betreuers beim zuständigen Amtsgericht gestellt werden.
Kann Ihr Angehöriger seinen Willen nicht mehr selbst bekunden, wird ein Antrag für die Bestellung eines Betreuers beim zuständigen Amtsgericht notwendig.

5. Schritt:
Kann Ihr Angehöriger die Pflegekosten nicht von Pflegeversicherungsleistung, Rente, anderen Einkünften oder aus Barvermögen finanzieren, so ist ein Beratungsgespräch beim zuständigen Sozialamt wegen eines Sozialhilfeantrages nötig.

Zuständig ist das Sozialamt der Stadt des letzten Wohnortes vor Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung.

<u>Adresse für Stadt und Landkreis Ansbach:</u>
Bezirk Mittelfranken – Sozialreferat, Danziger Str. 5, 91522 Ansbach, Tel.: 0981 4664-0.

6. Schritt:
Helfen Sie uns die Warteliste aktuell zu halten, indem sie die Anträge, wenn diese hinfällig sind, annullieren.

Es werden noch weitere Unterlagen erforderlich, wenn eine Aufnahme in die vollstationäre Pflegeeinrichtung stattfinden soll und ein Wohn- und Betreuungsvertrag unterschrieben wird.
Eine genaue Liste über die benötigten Formulare liegt dieser Hausmappe bei.

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Heimentgelt für Vollstationäre Pflege

Die Pflegesätze sind mit den Pflegekassen und dem Bezirk Mittelfranken vertraglich vom 01.01.2026 – 31.12.2026 vereinbart und gelten bis zu einer auch späteren Neuvereinbarung:

	Pflegegrad	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
	Pflegevergütung (täglich)	78,32 €	94,25 €	111,15 €	128,77 €	136,69 €
x	monatlich (bei 30,42 Tagen)	2382,49 €	2867,09 €	3381,18 €	3917,18 €	4158,11 €
-	abzüglich Kostenanteil der Pflegekasse (monatlich)	131,00 €	805,00 €	1319,00 €	1855,00 €	2096,00 €
=	**Einrichtungseinheitlicher Eigenanteil (EEE)** trifft bei Pflegegrad 1 nicht zu	**2251,49 €**	**2062,09 €**	**2062,18 €**	**2062,18 €**	**2062,11 €**
	Ausbildungszuschlag (täglich)	3,45 €	3,45 €	3,45 €	3,45 €	3,45 €
x	**monatlich**	**104,95 €**	**104,95 €**	**104,95 €**	**104,95 €**	**104,95 €**
	Unterkunft 17,51 € **Verpflegung** 17,64 € (täglich)	35,15 €	35,15 €	35,15 €	35,15 €	35,15 €
x	**monatlich**	**1069,26 €**	**1069,26 €**	**1069,26 €**	**1069,26 €**	**1069,26 €**
	Investitionskosten (täglich)	20,59 €	20,59 €	20,59 €	20,59 €	20,59 €
x	**monatlich**	**626,35 €**	**626,35 €**	**626,35 €**	**626,35 €**	**626,35 €**

EEE (trifft bei Pflegegrad 1 nicht zu) + Ausbildungszuschlag + Unterkunft / Verpflegung + Investitionskosten =

=	**Bewohneranteil (monatlich)**	**4052,05 €**	**3862,65 €**	**3862,74 €**	**3862,74 €**	**3862,67 €**
=	**Bewohneranteil (monatlich, bis 12 Monate Aufenthalt)** abzgl. 15% Leistungszuschlag der Pflegekasse (für EEE + Ausbildungszuschlag)		**3537,59 €**	**3537,67 €**	**3537,67 €**	**3537,61 €**

Zur Begrenzung des Bewohneranteils (außer bei Pflegegrad 1) an den pflegebedingten Aufwendungen (EEE + Ausbildungszuschlag) erhalten die Versicherten von der Pflegekasse ab dem 1. Januar 2022 einen Leistungszuschlag nach Maßgabe des § 43c SGB XI. Dieser Leistungszuschlag wird ebenfalls unmittelbar mit der Pflegekasse abgerechnet: ab 1. Januar 2026 ist der Leistungszuschlag im 1. Jahr 15% (ca. 325 €), im 2. Jahr 30% (ca. 650 €), im 3. Jahr 50% (ca. 1083 €), ab dem 4 Jahr 75% (ca. 1625 €).

Bei Bezug von Sozialhilfe betragen die Investitionskosten 18,33 € täglich / 557,60 € monatlich. Zusätzlich wird bei **Einzelzimmer ein Zuschlag von 6,00 € täglich / 182,52 € monatlich** berechnet.

Ab 01.01.2015 ist der Betreuungsschlüssel für Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI 1:20, d.h. eine Betreuungskraft für 20 Bewohner. Ab 01.01.2026 ist der Zuschlag 8,32 € / täglich; 253,09 € / monatlich. Dieser Betrag wird von der Pflegekasse über Betreuungsleistungen finanziert.

Leistungstyp R: stationäre Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung und Hilfe in sonstigen Lebenslagen (Rüstige)

Maßnahmepauschale R	27,78 €
Grundpauschale R (Unterkunft 17,51 €; Verpflegung 17,64 €)	35,11 €
Investitionskosten	20,59 €
Gesamtvergütung täglich	**83,48 €**
Gesamtvergütung monatlich (bei 30,42 Tagen)	**2539,46 €**

Betreuungsleistungen sind für Rüstige als Privatleistung möglich.

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Checkliste: Benötigte Formulare und Sonstiges rund um den Einzug

- ▫ Mit Verwaltung absprechen: Tag des Einzugs sowie Bringzeit (09:30 Uhr)
- ▫ Antrag auf vollstationäre Pflege bei der zuständigen Pflegekasse stellen

Aufgeführte Dokumente vorab bearbeitet an Einrichtung zurück:

- ▫ Anmeldung zur Aufnahme in der vollstationären Pflegeeinrichtung
- ▫ Ärztlicher Fragebogen (durch Hausarzt ausfüllen lassen), sowie Dauerdiagnosen und **aktuellen** Medikamentenplan (keine handschriftlichen persönlichen Eintragungen)
- ▫ ggf. Überleitungsbogen vom Krankenhaus oder ambulantem Pflegedienst
- ▫ Biografieblatt und Erhebungsbogen
- ▫ Datenschutzrechtliche Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Folgende Dokumente möglichst vorab (bzw. beim Erstgespräch) als Kopie bzw. im Original zum Kopieren vorlegen:

- ▫ Pflegeversicherungsbescheid, MD-Sozialmedizinisches Gutachten
- ▫ Geburtsurkunde oder Eheurkunde oder Sterbeurkunde des Partners
- ▫ Personalausweis oder Reisepass, bzw. Passbefreiung
- ▫ Vorsorgevollmacht oder Betreuerausweis, Patientenverfügung (falls nicht vorhanden, siehe beigelegtes „Informationsblatt zu Vorsorgeverfügungen")
- ▫ Versicherungskarte der Krankenkasse
- ▫ Rentenbescheide oder letzte Rentenmitteilungen
- ▫ Haftpflichtversicherung (abzuschließen „für einen Heimbewohner")
- ▫ ggf. Rezeptgebührenbefreiung
- ▫ ggf. Allergie-, Schrittmacher-, Marcumar-, Diabetiker-, Impf-, Endoprothesenpass, Bonusheft Zahnarzt
- ▫ ggf. Schwerbehindertenausweis, Parkerleichterung
- ▫ ggf. Bescheinigung über Blindengeld
- ▫ ggf. Bescheinigung über Beihilfe
- ▫ ggf. Wohngeldbescheid

Wichtig für den Einzugstag:

- ▫ Pflegehilfsmittel (Gehhilfe, Rollator, Rollstuhl, …) und weitere Gegenstände (Lese-Fern-Gleitsicht-Brille: Foto, Hörgeräte re/li, Zahnprothese oben/unten, vertraute Körperpflegeprodukte/Toilettenartikel, elektrischer Rasierapparat, Nagelschere…) kennzeichnen
- ▫ Inkontinenzartikel mitbringen
- ▫ **Medikamente/Verbandmaterial in Originalverpackung mit Beipackzettel – NICHT gerichtet**
- ▫ **aktuellen** Medikamentenplan (**keine handschriftlichen persönlichen Eintragungen**) mitbringen
- ▫ Alle Wäscheteile (maschinenwaschbar und trocknergeeignet) mit Wäschestift zeichnen, auch Schuhe (siehe beigelegte „Informationen und Empfehlungen aus unserer Wäscherei")
- ▫ Zimmer (zum Teil begrenzt) mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen gestalten
- ▫ **Wichtig: Elektrogeräte – entweder mit aktueller Prüfplakette „e-check" oder Rechnung von Neukauf**
- ▫ Erinnerungsstücke z.B. Fotoalben, Bücher, Spiele, CDs, Bilder, Wanduhr gekennzeichnet mitbringen
- ▫ Schmuck (Ring, Uhr, Kette, Ohrringe, …), Hilfsmittel (Zahnprothesen, Brillen, Hörgeräte…) – keine Haftung
- ▫ Wird ein abschließbares Fach benötigt?

Nach Rücksprache mit Einrichtungsleitung:

- ▫ Anmeldung für VG Dentlein bearbeiten
- ▫ Rundfunkgebührenbefreiung bearbeiten (GEZ-Mitgliedsnummer vorlegen)
- ▫ Einverständniserklärung: Facharztversorgung, Service Augenoptiker/Sanitätshaus im Haus
- ▫ Leistungserbringerwahl Inkontinenzversorgung: Firma Abena
- ▫ Sepa-Mandat (Einzugsermächtigung) bearbeiten. Barbetragsabsprachen treffen
- ▫ Wohn- und Betreuungsvertrag bearbeiten
- ▫ Friseur/Fußpflege während Aufenthalt gewünscht?
- ▫ Einverständnis Seheinschätzung, Einverständnis Fotodokumentation
- ▫ Handy (mit Prepaidkarte) / Festnetzanschluss

Sonstige Hinweise:

- ▫ ggf. Abmelden vom Pflegedienst, Essen auf Rädern, Hausnotruf
- ▫ Postnachsendeauftrag, ggf. eigene Tageszeitung/Zeitschriften ummelden
- ▫ Wohnortwechsel melden (z. B. Betreuungsstelle, Versicherungen, …); Um-/Abmeldung von Telefon- und TV-Anschluss; Wasser, Gas, Strom, Versicherungen, Vereinsbeiträge, Abos, Daueraufträge, usw.
- ▫ Landespflegegeld beantragt (möglich ab Pflegegrad 2)?
- ▫ Bestattungsvorsorgevertrag vorhanden: ja / nein, wenn „nein", gibt es Wünsche zu: Bestattungsart: _____ Bestattungsort: _____ Bestattungsinstitut: _____
- ▫ Wenn Sie gerade zu einem Angebot der Betreuungskräfte kommen, bitten wir Sie, Ihren Angehörigen aus der Gruppe zu nehmen, damit Sie diese Zeit als persönliche Zeit genießen können. Die Wohnzimmer sind den Senioren vorbehalten.
- ▫ Bei Besuchen in den Sommermonaten bitte auf Sonnenschutz und ausreichend Flüssigkeitsaufnahme achten.
- ▫ Einwilligung zum Fotoaushang oder -veröffentlichung (Widerruf jederzeit möglich) und zur Postentgegennahme/-verteilung

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Anmeldung zur Aufnahme in der vollstationären Pflegeeinrichtung

1. Personaldaten

Name	Geburtsname
Vorname	Geburtsdatum
Straße, Nr.	Geburtsort
PLZ, Ort	Telefon
Familienstand	Konfession
Nationalität	
Derzeitiger Aufenthalt	

2. Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind

Angehörigenart	Angehörigenart
Name	Name
Vorname	Vorname
Straße, Nr.	Straße, Nr.
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon
Mobil	Mobil
E-Mail	E-Mail

3. Besteht eine Vorsorgevollmacht oder amtliche Betreuung

Name, Vorname	Telefon/Fax privat
Straße, Nr.	Telefon/Fax geschäftl.
PLZ, Ort	Aktenzeichen
Wirkungskreis (s. Betreuerausweis) – Kopie beilegen	

4. Patientenverfügung

Ist eine Patientenverfügung vorhanden? □ ja □ nein ggf. Kopie beilegen

5. Angaben zum Personalausweis / Passbefreiung

Ausweis-Nummer	Ausstellungsdatum
Ausstellungsbehörde	Gültig bis

6. Wer ist Ihr Hausarzt, Facharzt

Name, Vorname	PLZ, Ort
Telefon	Straße, Nr.
Augenarzt	Augenoptiker
Zahnarzt	
Weitere Ärzte	
Sanitätshaus	Hörgeräteakustiker

7. Angaben zur Kranken- und Pflegekasse

Name der Kranken- und Pflegekasse	
Adresse	
Mitglieds-Nummer	Kassen-Nummer
Rezeptgebührenbefreiung □ ja □ nein	Gültig bis
Private Zusatzversicherung?	Adresse
Beihilfeberechtigt?	Adresse

8. Angaben zum Pflegegrad

Bewillig.-Bescheid vom	Pflegegrad	Ab-Datum

9. Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden

□ ja □ nein	Gültig bis	Aktenzeichen
Art der Behinderung/Merkzeichen		

10. Angaben zu Blindengeld

□ ja □ nein		Aktenzeichen

11.Kostenträger

Selbstzahler □ ja □ nein	Rechnungsempfänger
Sozialhilfe □ ja □ nein	Zuständiges Sozialamt
Adresse	
Sachbearbeiter	Aktenzeichen

12. Bankverbindung

Institut
IBAN

13.Bestattungswünsche

Bestattungsvorsorge □ ja □ nein	Bestattungsinstitut
Bestattungsart	Bestattungsort

14. Sonstige Wünsche, Hinweise, Ergänzungen

Datum, Unterschrift

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Ärztlicher Fragebogen zur vollstationären Pflege

Bitte vom derzeit behandelnden Arzt ausfüllen lassen.

Name, Vorname | Geburtsdatum

Ggf. Klinikum | Verlegung am

Ist die Person gehfähig	□ ja	□ nein	
Treppensteigen möglich	□ ja	□ nein	
Ist der Patient bettlägerig	□ ja	□ nein	
Beherrschung des Stuhlganges	□ ja	□ nein _____	
Beherrschung des Urinabganges	□ ja	□ nein _____	
Benötigt fremde Hilfe	□ beim Essen	□ beim Benutzen der Toilette	
	□ beim Ankleiden	□ beim Friseur/Rasieren	
	□ beim Aufstehen	□ beim Lagern zur Nachtruhe	
	□ beim Waschen	□ beim _____	
Örtlich orientiert	□ ja	□ nein	□ nicht immer
Zeitlich orientiert	□ ja	□ nein	□ nicht immer
Zur Person orientiert	□ ja	□ nein	□ nicht immer
Nachts ruhig	□ ja	□ nein	□ nicht immer
Gefährliche Eigenschaften	□ nein	□ ja, welche _____	
Suchtkrankheit	□ nein	□ ja, welche _____	

Diagnose(n)

Ist die Person frei von ansteckenden Krankheiten □ ja □ nein, welche:

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

Ärztliche Verordnung (Medikamentenplan, ggf. Behandlungspflege) und ggf. Arztbrief/Dauerdiagnosen bitte als Anlage beifügen.

Ort, Datum | Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Biografieblatt

Alle Angaben sind freiwillig, aber ggf. hilfreich bei Pflege und Betreuung.

Name _____ Geburtsname _____
Vorname(n) _____ Geburtstag _____ Geburtsort _____

FAMILIÄRE SITUATION

Herkunftsfamilie

- ehelich • vorehelich • außerehelich geboren Als wievieltes Kind: _____ von _____
- Stiefkind • Adoptivkind • leibliche Eltern bekannt Konfession:

Rolle in der Familie (z.B. Lieblingskind, „schwarzes Schaf", …)? _____
Gesellschaftsschicht und Berufsstand der Herkunftsfamilie? _____
Materielle Situation? finanzielle Verhältnisse? _____
Aufgewachsen in (Wohnsituation: Stadt, Land, Landschaft, …)? _____

Eltern (Wie waren sie? Wo haben sie gelebt? Ggf. wann sind sie gestorben)

_____
_____
Betreuung kranker bzw. altgewordener Eltern? _____

Geschwister (Name, Wohnort, Telefon, Alter)

_____ Kontakt: • ja • nein
_____ Kontakt: • ja • nein
_____ Kontakt: • ja • nein
Besonderen Bezug zu: _____

Haben Sie ihr Elternhaus verlassen? (Wann, aus welchem Grund?)

_____

Eigene Familie (Ehe-)Partner/in, Eheschließung, evtl. Partner verstorben, wann und wo?)

_____
Kinder (Name, Geburtsdatum, Wohnort): _____
_____
_____
Besonderen Bezug zu: _____

- Ehelosigkeit • Kinderlosigkeit • Scheidungen • _____

Bisheriger Lebensraum?

- Gemeinde • Kleinstadt • Großstadt • in der Familie lebend • in Partnerschaft • allein • _____

Nachbarschaftsbeziehungen: • ausgeprägt • normal • eingeschränkt • _____
Besonderen Bezug zu: _____

SCHULBILDUNG / AUSBILDUNG / TAGESGESTALTUNG

Schulzeit

_____
Schulabschluss: _____

Berufsausbildung, Studium, Beruf, Arbeitsstelle

_____
_____

Hobbys, Interessen, besondere Gewohnheiten (Sport, Singen, Lesen, Tanzen, Gartenarbeit, Hausarbeit, Handarbeit, Kochen, Familie, Politik, Spaziergänge, Reisen, Kunst, Kultur, Mode, Musik, Theater, Fahrzeuge, Sammelleidenschaft, Lieblingsverein, Spiele, Prominentengeschichten, …)?

_____
_____

Was machen Sie heute gerne? (Verhältnis zu Arbeit/Beschäftigung)

_____
_____

Was ist Ihnen wichtig bei Ihrer Tagesgestaltung? (feste Zeiten, Rituale, Vorlieben, Gewohnheiten, …)

Vormittag _____
Mittag _____
Nachmittag _____
Abend _____
Nacht _____

KOMMUNIKATION

- ist gern in Gesellschaft • ist lieber allein • mangelnde Kommunikation aufgrund bisheriger Isolation
- großer/kleiner Freundeskreis • großer/kleiner Bekanntenkreis Besonderen Bezug zu: _____
- Vereinsleben • Stammtisch • Reisen • Kirchenarbeit • Ehrenämter • _____

Jetzige Möglichkeiten: _____

Musik (Lieblingsmusik, Radiosender, CDs, Lieblingslieder, Abneigungen, Spielen Sie ein Instrument?, …)

_____
_____

Lesen (Wenn ja, was?, Lieblingsbücher, …)

_____

Fernsehen (Lieblingssendungen, …)

_____

Was sehen Sie gerne? (Landschaften, (Lieblings-)Tiere, Blumen, Gegenstände, Lieblingsfarbe, …)

_____
_____

Gerüche (Erinnerung an zu Hause, Ekel/Abneigung, …)

_____

VERHALTENSWEISEN

- sportlich • gesundheitsbewusst • modebewusst • körperbewusst • geschlechtsbewusst
- Tag-/Nachtmensch • immer beschäftig • introvertiert/extrovertiert • ordnungsliebend
- lebhaft • mitteilsam • ruhig/laut • fröhlich • ängstlich • mutig • unruhig • _____

Jetzige Möglichkeiten: _____

LEBENSWEISE

Werte, Normen, Ideale (Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, Glaube …)

_____
_____

Vorlieben oder Abneigungen

_____
_____

Räumlichen Umgebung (Raumgestaltung, Dekoration, …)

_____

Materialien/Gegenstände (im Bett), die Ihr Wohlbefinden steigern (Kissen, Stofftiere, Bettflasche, Strümpfe, …)

_____

Haustier und Nutztiere

_____

EXISTENZIELLE ERFAHRUNGEN

Wichtige oder prägende Ereignisse (Kriegserlebnisse, Hunger, Vertreibung, Gefangenschaft, Nachkriegszeit, Ost/West, Wirtschaftswunder, Liebe, Heirat, Scheidung, Geburten, Erfolge, Krankheit, Schmerz, Verlust (von Menschen), Reisen, …)

Woran erinnern Sie sich besonders gern?

_____
_____
_____

Woran erinnern Sie sich nicht gern?

_____
_____
_____

Möchten Sie uns außerdem noch etwas mitteilen? (Charakteristika, wichtige Erkrankungen, …)

_____
_____
_____

Datum, Unterschrift

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Erhebungsbogen

Wichtige Informationen über

Name, Vorname:	Geburtsdatum:

Themenfeld 1: kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Orientierung	vorhanden	gelegentlich	nicht vorhanden	Wie wirkt sich das aus?
Persönlich	□	□	□	
Zeitlich	□	□	□	
Örtlich	□	□	□	
Situativ	□	□	□	

Einschränkung/Besonderheit beim Hören? _____
Einschränkung/Besonderheit beim Sprechen? _____
Einschränkung/Besonderheit beim Sehen? _____
Körpersprache vorhanden, welche? z.B. Bedeutung eines bestimmten Handzeichens oder Kopfbewegung
_____

Welche Hilfsmittel werden benutzt: Hörgeräte: □ links □ rechts
□ Brille _____ (Lese-, Gleitsichtbrille, …)
□ Lupe/Sehhilfegerät □ _____

Kurzzeitgedächtnis: □ erinnert sich an alles
□ Kurzzeitige Erinnerungen sind vorhanden, aber nicht immer adäquat (passend)
□ Erinnerungen werden falsch wiedergegeben oder ausgewichen/nicht beantwortet
□ Sonstiges: _____

Langzeitgedächtnis: erzählt □ gern □ viel □ adäquat aus der Vergangenheit
□ Erzählungen haben Lücken
Vergangenheit wird □ nicht mehr wiedergegeben □ verdrängt
Sonstiges z.B. Thema/Gegenstände, die Erinnerungen wecken: _____
_____

Sonstige Gewohnheiten/Auffälligkeiten/Hilfsmittel: _____

Themenfeld 2: Mobilität und Beweglichkeit

Mobilisation	selbstsicher	mit Unterstützung	nicht möglich	Hilfsmittel
Sitzen	□	□	□	□ _____
Stehen	□	□	□	□ _____
Laufen	□	□	□	□ _____
Aufstehen	□	□	□	□ _____
Treppen steigen	□	□	□	□ _____

Besonderheiten z.B. bestimmte Bettseite zum Aufstehen, Gewohnheiten, besondere Gangart, Ruhezeiten:
_____
_____

Bewegungseinschränkungen Arm: □ rechts □ links Bein: □ rechts □ links □ Rücken
□ Sonstige: _____
□ Rechtshänder oder □ Linkshänder
□ Sturz/Hinfallen im letzten Jahr → Grund/Ursache: _____

Themenfeld 3: krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Welche Einschränkungen/Anforderungen bestehen aufgrund von **Diagnosen**?
□ Eingeschränkte Belastbarkeit □ Schwindel □ Trinkmengenbegrenzung
□ Kostunverträglichkeit: _____
Sonstiges: _____
Medikamenteneinnahme: □ wird akzeptiert □ teilw. abgelehnt □ verweigert
□ Es besteht eine Medikamenten-/Alkohol-/Drogenabhängigkeit _____
□ Raucher _____
□ Therapien → Welche: _____

□ Demenz zeigt sich durch: □ Vergesslichkeit □ Stimmungsschwankung □ Antriebslosigkeit
□ Ablehnung □ Orientierungsstörung □ Wesensveränderung
□ schnelle Überforderung □ _____ □ _____
□ _____

Schmerzen: □ kann Schmerzen adäquat äußern □ kann Schmerzen lokalisieren □ verschweigt Schmerzen
□ nimmt Schmerzen nicht mehr adäquat wahr, äußert Schmerz durch (z.B. Schonhaltung, Schreien, nichts mehr essen, schlagen, …): _____

Bestehen aktuell / gelegentlich Schmerzen?

Was hilft bisher gegen Schmerzen: □ Wärme □ Kälte □ Ruhe □ _____

□ Kontinenz □ Harninkontinenz □ Stuhlinkontinenz □ Obstipation
□ Inkontinenzartikel am Tag: _____ in der Nacht: _____
□ Schamgefühl: _____

Facharztbesuche: _____

Sonstige Gewohnheiten/Auffälligkeiten/Hilfsmittel: _____

Themenfeld 4:

Körperpflege:	selbstständig	mit Unterstützung	Übernahme nötig	Bemerkungen
Gesichtspflege	□	□	□	
Mund-/Zahnpflege	□	□	□	
Haarpflege	□	□	□	
Rasur	□	□	□	
Oberkörper vorne	□	□	□	
Intimbereich	□	□	□	
Beine/Füße	□	□	□	
Baden/Duschen	□	□	□	
Rücken	□	□	□	

Bevorzugt: □ duschen □ baden
Hautbeschaffenheit: □ keine Besonderheiten □ trocken □ neigt zu Rötungen/Entzündungen
□ Wunden: Wo: _____ Welche: _____
Zahnstatus: □ eigene Zähne □ Teilprothese oben/unten □ Vollprothese oben/unten □ Implantate
Allergien: _____
Frisör □ im Haus erwünscht □ oder durch _____
Fußpflege □ im Haus erwünscht □ oder durch _____
Persönliche Gewohnheiten, die zum Wohlbefinden wichtig sind (z.B. Deo, warmes Wasser, (keine) Lotion, …): _____

Sonstige Gewohnheiten/Auffälligkeiten/Hilfsmittel: _____

Bekleidung:	selbstständig	mit Unterstützung	Übernahme nötig	Bemerkungen/Hilfsmittel
Oberkörper	□	□	□	
Unterkörper	□	□	□	
Jacke	□	□	□	
Schuhe	□	□	□	

Lieblingskleidung am Tag: _____ in der Nacht: _____
Persönliche Vorlieben die zum Wohlbefinden wichtig sind (z.B. Schmuck, best. Kleidungsstück, Halstuch, Taschentuch, …): _____

Sonstige Gewohnheiten/Auffälligkeiten/Hilfsmittel: _____

Ernährung	selbstsicher	mit Anleitung	mit Unterstützung	Übernahme nötig	Hilfsmittel
Trinken einschenken	□	□	□	□	□ _____
Trinken	□	□	□	□	□ _____
Essen mit Besteck	□	□	□	□	□ _____
Essen/Fingerfood	□	□	□	□	□ _____

Hat Umgang mit □ Gabel/Messer □ Löffel □ Glas/Tasse □ Trinkbecher □ Becher mit Trinkaufsatz
□ Hilfsmittel _____
Appetit vorhanden: □ ja □ eher weniger □ nein
Durstgefühl vorhanden: □ ja □ eher weniger □ nein
Gibt es Störfaktoren die das Wohlbefinden/Ess-/Trinkverhalten beeinflussen:
□ Portionsgröße, bevorzugt □ klein □ groß
□ Tischgemeinschaft, bevorzugt □ in Ruhe im Zimmer □ bevorzugt in Gemeinschaft
□ Kostform, bevorzugt □ weiche Kost □ bevorzugt Süßes □ bevorzugt Zwischenmahlzeiten
Bevorzugt/benötigt: _____
□ Trinkverhalten, bevorzugt □ Kaltes □ Warmes
□ persönliche Vorlieben/Abneigungen (z.B. Esstempo, Essmanieren, Trinkvorlieben, ...): _____
_____
□ Unverträglichkeiten mit Auswirkungen: _____
_____

Essenszeiten und Gewohntes zu:
Frühstück: _____
Mittagessen: _____
Nachmittagskaffee: _____
Abendessen: _____
Lieblingsspeise: _____
Vorlieben bei Getränken: _____
Abneigungen: _____
Sonstige Gewohnheiten/Auffälligkeiten/Hilfsmittel: _____

Themenfeld 5: Leben in sozialen Beziehungen

Kontakte:
□ pflegt Kontakte selbstständige zu _____
über _____
□ benötigt Unterstützung zur Kontaktpflege □ möchte wenig Kontakt □ schließt von sich aus Kontakt
□ durch: _____
Bestehende Freunde/Bekannte/Vereinszugehörigkeit: _____
Interessen/Vorlieben/Gewohnheiten/Hobbies/Haustiere: _____
_____
Freude/Verlust/Trauer/Ängste: _____
_____
Welches positive Thema ist im Leben besonders wichtig (über was wird viel erzählt)?
_____

Schlafgewohnheiten/Schlafunterstützung:
Persönliche Vorlieben, die zum Wohlbefinden beim Schlafen wichtig sind (z.B. Rituale, Schlafzeiten, …):
_____
Nächtlicher Toilettengang: □ selbstständig □ benötigt Unterstützung durch _____
_____
□ Mittagsruhe, -schlaf _____
□ im Schichtdienst gearbeitet z.B. nachts _____
□ Hilfsmittel _____
Sonstiges: _____

Themenfeld 6: Wohnen/Häuslichkeit

Werden eigene Möbelstücke, Utensilien, TV, Handy, Uhr, Wecker, Kalender, … mitgebracht? _____
_____
Gibt es Lieblingsstücke (Bilder, Dekoartikel, …)? _____
□ Sammelleidenschaft für

Datum, Unterschrift

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Informationen und Empfehlungen aus unserer Wäscherei

Um die Prozesse in der Wäscherei steuern zu können, möchten wir Ihnen folgende Informationen unserer Wäscherei-Dienstleistung weitergeben:

Wäschekennzeichnung

- Um ihre persönliche Bekleidung in unserer Einrichtung dem Wäscheprozess zuführen zu können, müssen alle Teile (auch Schuhe) gekennzeichnet sein (z.B. Wäschestift).
- Das Kennzeichnen der Wäsche wird nach Möglichkeit bei den vorhandenen Etiketten der Wäscheteile vorgenommen.
- Wäsche am Einzugstag und auch in der Folgezeit bitte nur gekennzeichnet mitbringen; bzw. um weitere Wäscheteile in unserer Wäscherei kennzeichnen zu lassen, sollten diese in einer mit Namen versehenen Tasche bei einem Mitarbeiter abgegeben werden.

Weitere Empfehlungen und Informationen

- Bei der Auswahl der Textilien ist darauf zu achten, dass sie strapazierfähig, problemlos zu waschen, trocknergeeignet, hautverträglich und preiswürdig sind:
  - Oberbekleidung bei mindestens 40 °C waschbar
  - Leibwäsche, Nachthemden, Schlafanzüge sollten bei 60 °C waschbar sein
  - Synthetische Materialien können generell gewaschen werden
  - Besätze (z. B. Spitzen) aus Polyamid sind wegen der Temperaturempfindlichkeit problematisch
  - Angora-Wäsche ist nicht für die notwendige Pflegebehandlung geeignet, ebenso Wäscheteile aus Wolle (bei Infektionskrankheit ist die Wäsche nicht desinfizierend waschbar: Aufbereitung bei mind. 40 °C)
- Bettwäsche und Frottierwäsche wird von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.
- Persönliche Bettwäsche und/oder Frottierwäsche (bei 60 °C waschbar und trocknergeeignet) wird mit dem Namen gekennzeichnet.
- Das Waschen der Wäsche ist im Heimentgelt enthalten, sofern die Textilien maschinenwaschbar und trocknergeeignet sind.
- Wenn ein Bekleidungskauf ansteht: Bitte auf Bügelfreundlichkeit der Wäsche achten.
- Wäscheteile, welche im Haus nicht repariert werden können, werden in einer Tasche im Schrank zur Reparatur/Ersatzbeschaffung bereitgestellt.
- Gerne können Sie uns unterstützen, die Ordnung im Schrank immer wieder herzustellen (siehe Beschriftung im Schrank).

- **Weitere Dienstleistungen unserer Wäscherei**
- Kleine Näh- und Ausbesserungsarbeiten z. B. Annähen fehlender Knöpfe
- Organisation von Änderungsschneiderei-Arbeiten
- Organisation chemischer Textilreinigung
- Anlieferung der Wäsche in den Wohnbereich einmal wöchentlich:
  - Frottierware gelegt
  - Leibwäsche und Nachtwäsche gelegt
  - Oberbekleidung je nach Teil gelegt oder hängend
  - Flachwäsche (Bettwäsche) bei Bedarf gebügelt und gelegt

Es grüßen Sie herzlich
die Mitarbeiter der Hauswirtschaft

SENIORENPFLEGE
Meierndorf

Seniorenpflege Meierndorf GmbH, Mühlweg 3, 91596 Burk
Telefon 09822 6094-0, Fax 09822 6094-20
E-Mail info@seniorenpflege-meierndorf.de

Informationsblatt zu Vorsorgeverfügungen
Vollmacht mit Betreuungsverfügung – Patientenverfügung

Die folgenden Informationen sollen Ihnen einen kurzen Überblick über Vorsorgeverfügungen geben.
Sie haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Durch Unfall, Krankheit oder Alter können wir alle in die Lage kommen, Angelegenheiten nicht länger selbstbestimmt regeln zu können. In diesem Fall dürfen bei Volljährigen weder Ehegatte noch Kinder automatisch rechtsverbindliche Entscheidungen treffen. Dies ist nur möglich als bevollmächtigte Person oder als gerichtlich bestellter Betreuer.

Mit einer **Vollmacht** zur Vorsorge benennen Sie einen oder mehrere Menschen ihres Vertrauens, die dann im Bedarfsfall für Sie handeln können. Dieses Vertrauensverhältnis spielt eine wichtige Rolle, denn für die Wirksamkeit der Erklärungen des Bevollmächtigten, d. h. zur Weiterführung ihrer Angelegenheiten, interessiert nur der Inhalt der Vollmacht. Mit dem Bevollmächtigten können Sie – stillschweigend oder auch schriftlich – klären, wann dieser von seiner Vollmacht Gebrauch machen kann. Aus Gründen der Klarheit ist es notwendig, die Vollmacht schriftlich abzufassen. Wenn Sie keiner Person eine Vollmacht erteilen und es kommt zu dem Fall, dass Sie nicht selbstbestimmt entscheiden können, so bestellt das zuständige Betreuungsgericht einen Betreuer. Dieser ist befugt, Ihre Angelegenheiten nach Ihren Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen weiter zu führen. Für risikoreiche Heilbehandlungen, sowie ärztliche Zwangsmaßnahmen bzw. andere freiheitsentziehende Maßnahmen benötigt der Betreuer (wie auch der Bevollmächtigte) eine richterliche Genehmigung. Soll dieser Betreuer eine Person Ihres Vertrauens sein, so können Sie dies in einer **Betreuungsverfügung** vorab bestimmen. Dieser Wunsch ist für das Gericht, das den Betreuer bestellt, grundsätzlich verbindlich. Diese Verfügung ist in der beigelegten Vorlage Vollmacht unter dem Punkt „Betreuungsverfügung" inbegriffen.

In einer **Patientenverfügung** als weitere Möglichkeit einer Vorausverfügung können Sie schriftlich Ihren Willen über die Art und Weise ärztlicher Behandlung festhalten, falls Sie einmal nicht selbst darüber entscheiden können. Seit 1. September 2009 hat der Gesetzgeber festgelegt, dass diese Verfügung für den behandelnden Arzt verbindlich ist. Auch die Bundesärztekammer hat dies in den Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung 2011 festgelegt, falls die Patientenverfügung für die aktuelle Situation eindeutig ist. Treffen Ihre Festlegungen nicht auf die vorliegende Lebenssituation zu, so ist immer Ihr mutmaßlicher Wille festzustellen. Besteht zwischen bevollmächtigter Person bzw. Betreuer und behandelndem Arzt kein Einvernehmen über Ihren Willen, so bedarf es einer Prüfung durch das Betreuungsgericht.

Nachfolgend finden Sie Formularvorlagen für eine Vollmacht mit Betreuungsverfügung und eine Patientenverfügung, die vom Bayerischen Staatsministerium für Justiz herausgegeben werden.

Quelle und weiterführende Informationen:

Bayerisches Staatsministerium der Justiz – Referat für Öffentlichkeitsarbeit: Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter durch Vollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung. Stand: Januar 2023, 21. Auflage., www.justiz-bayern.de

VOLLMACHT

Ich, ... (Vollmachtgeber/in)

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

.....

Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

erteile hiermit Vollmacht an

..... (bevollmächtigte Person)

Name, Vorname, Geburtsdatum

.....

Adresse, Wohnsitzland, Telefon, E-Mail

Diese Vertrauensperson wird hiermit bevollmächtigt, mich in allen Angelegenheiten zu vertreten, die ich im Folgenden mit Ja angekreuzt oder gesondert angegeben habe. Durch diese Vollmachtserteilung soll eine vom Gericht angeordnete Betreuung vermieden werden. Die Vollmacht bleibt daher in Kraft, wenn ich nach ihrer Errichtung geschäftsunfähig werde.

Die Vollmacht ist nur wirksam, solange die bevollmächtigte Person die Vollmachtsurkunde besitzt und bei Vornahme eines Rechtsgeschäfts die Urkunde im Original vorlegen kann.

Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit

- Sie darf in allen Angelegenheiten der Gesundheitssorge entscheiden, ebenso über alle Einzelheiten einer ambulanten oder (teil-)stationären Pflege. Sie ist befugt, meinen in einer Patientenverfügung festgelegten Willen durchzusetzen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf insbesondere in sämtliche Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, in Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 1 BGB).* Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf insbesondere ihre Einwilligung in medizinisch angezeigte Maßnahmen zur Untersuchung des Gesundheitszustandes, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe verweigern oder widerrufen, auch wenn die begründete Gefahr besteht, dass ich aufgrund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme sterbe oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide (§ 1829 Abs. 2 BGB). Sie darf somit auch die Einwilligung zum Unterlassen oder Beenden lebensverlängernder Maßnahmen erteilen.* Ja ☐ Nein ☐

* Besteht zwischen dem Bevollmächtigten und dem behandelnden Arzt **kein** Einvernehmen darüber, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Patienten (Vollmachtgebers) entspricht, hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1829 Abs. 4 und 5 BGB).

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

- Sie darf Krankenunterlagen einsehen und deren Herausgabe an Dritte bewilligen. Ich entbinde alle mich behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber meiner bevollmächtigten Vertrauensperson von der Schweigepflicht. Die bevollmächtigte Person darf ihrerseits mich behandelnde Ärzte und nichtärztliches Personal sowie Mitarbeiter von Versicherungsunternehmen bzw. von privatärztlichen Verrechnungsstellen von ihrer Schweigepflicht entbinden. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf über meine Unterbringung mit freiheitsentziehender Wirkung (§ 1831 Abs. 1 BGB) und über freiheitsentziehende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Medikamente und Ähnliches) in einem Heim oder in einer sonstigen Einrichtung (§ 1831 Abs. 4 BGB) sowie über ärztliche Zwangsmaßnahmen (§ 1832 BGB) entscheiden, solange dergleichen in meinem wohlverstandenen subjektiven Interesse erforderlich ist.* Ja ☐ Nein ☐

- ..... Ja ☐ Nein ☐

Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten

- Sie darf meinen Aufenthalt bestimmen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf mich bei der Meldebehörde an- und abmelden. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf meinen Haushalt auflösen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf die Rechte und Pflichten aus dem Mietvertrag über meine Wohnung einschließlich einer Kündigung wahrnehmen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf einen neuen Wohnraummietvertrag abschließen und kündigen. Ja ☐ Nein ☐

- Sie darf einen Vertrag nach dem Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (Heimvertrag) abschließen und kündigen. Ja ☐ Nein ☐

- ..... Ja ☐ Nein ☐

Vermögenssorge

- Sie darf mein Vermögen umfassend verwalten. Beispielhaft und nicht abschließend umfasst dies: Über Vermögensgegenstände jeder Art zu verfügen, Zahlungen und Wertgegenstände anzunehmen, Verbindlichkeiten einzugehen** und Willenserklärungen bezüglich meiner Konten, Depots und Safes abzugeben sowie mich im Geschäftsverkehr mit Kreditinstituten zu vertreten. Sie darf alle Rechtshandlungen und Rechtsgeschäfte vornehmen, Erklärungen aller Art abgeben und entgegennehmen sowie Anträge stellen, abändern und zurücknehmen. Sie darf Gelegenheitsgeschenke machen. Ja ☐ Nein ☐

* In diesen Fällen hat der Bevollmächtigte eine Genehmigung des Betreuungsgerichts einzuholen (§ 1831 Abs. 2 und 5 BGB und § 1832 Abs. 2, 4 und 5 BGB).
** Zur Aufnahme von Darlehen ist der Bevollmächtigte nur dann befugt, wenn die Vollmacht notariell beurkundet wurde.

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

- Folgende Geschäfte soll sie nicht wahrnehmen können

.....

.....

Post und Telekommunikation

- Sie darf die für mich bestimmte Post – auch mit dem Vermerk „eigenhändig“ – entgegennehmen und öffnen. Das gilt unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) insbesondere auch für E-Mails, Chatnachrichten in Messenger-Diensten, Telefonanrufe und das Abhören von Sprachnachrichten. Zudem darf sie über den Verkehr mit Telekommunikationsmitteln entscheiden und alle hiermit zusammenhängenden Willenserklärungen (z. B. Vertragsabschlüsse, Kündigungen) abgeben.

Ja ☐ Nein ☐

Digitale Medien

- Sie darf unabhängig vom Zugangsmedium (z. B. PC, Tablet, Smartphone) auf meine sämtlichen Daten, insbesondere Benutzerkonten (z. B. in sozialen Netzwerken, bei E-Commerce-Anbietern, bei Zahlungsdienstleistern), zugreifen und hat das Recht zu entscheiden, ob diese Inhalte beibehalten, geändert oder gelöscht werden sollen oder dürfen. Sie darf sämtliche hierzu erforderlichen Zugangsdaten nutzen und diese anfordern.

Ja ☐ Nein ☐

Behörden

- Sie darf mich bei Behörden, Versicherungen, Renten- und Sozialleistungsträgern vertreten.

Ja ☐ Nein ☐

Vertretung vor Gericht

- Sie darf mich gegenüber Gerichten vertreten sowie Prozesshandlungen aller Art vornehmen.

Ja ☐ Nein ☐

Untervollmacht

- Sie darf in einzelnen Angelegenheiten Untervollmacht erteilen.

Ja ☐ Nein ☐

Geltung über den Tod hinaus

- Ich will, dass die Vollmacht über den Tod hinaus bis zum Widerruf durch die Erben fortgilt.

Ja ☐ Nein ☐

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

Regelung der Bestattung

- Ich will, dass die bevollmächtigte Person meine Bestattung nach meinen Wünschen regelt. Ja ☐ Nein ☐

Betreuungsverfügung

- Falls trotz dieser Vollmacht eine gesetzliche Vertretung („rechtliche Betreuung“) erforderlich sein sollte, bitte ich, die vorne bezeichnete Vertrauensperson als Betreuer zu bestellen. Ja ☐ Nein ☐

Weitere Regelungen

.....

.....

Sofern einzelne in diesem Formular aufgeführte Angelegenheiten gar nicht oder mit „Nein“ angekreuzt werden, sollte zur Vertretung in diesen Bereichen eine weitere Person bevollmächtigt werden. Anderenfalls wird für diese Angelegenheiten im Vorsorgefall ein rechtlicher Betreuer bestellt.

....

Ort, Datum *Unterschrift der Vollmachtgeberin/des Vollmachtgebers*

....

Ort, Datum *Unterschrift der Vollmachtnehmerin/des Vollmachtnehmers*

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

PATIENTENVERFÜGUNG

Für den Fall, dass ich .....

geboren am: .....

wohnhaft in: .....

meinen Willen nicht mehr bilden oder verständlich äußern kann, bestimme ich Folgendes:

Zutreffendes habe ich hier angekreuzt bzw. eingefügt. (Sie können zusätzlich die Textpassagen, die für Sie nicht gelten sollen, streichen.)

1. Situationen, für die diese Verfügung gilt:

- Wenn ich mich aller Wahrscheinlichkeit nach unabwendbar im unmittelbaren Sterbeprozess befinde. ☐
- Wenn ich mich im Endstadium einer unheilbaren, tödlich verlaufenden Krankheit befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. ☐
- Wenn infolge einer Gehirnschädigung meine Fähigkeit, Einsichten zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung zweier erfahrener Ärzte oder Ärztinnen aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn gelegentlich Reaktionen auf äußere Reize beobachtet werden und der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist. Dies gilt für eine direkte Gehirnschädigung, z. B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündung, ebenso wie für eine indirekte Gehirnschädigung, z. B. nach Wiederbelebung, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfindungen erhalten sein kann, dass eine Besserung dieses Zustands aber äußerst unwahrscheinlich ist. ☐
- Wenn ich infolge eines sehr weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses (z. B. bei Demenzerkrankung) auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht mehr in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen. ☐
- .....

  .....

  .....

Vergleichbare, hier nicht ausdrücklich erwähnte Krankheitszustände sollen entsprechend beurteilt werden.

2. In allen unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen verlange ich:

- Lindernde pflegerische Maßnahmen, insbesondere Mundpflege zur Vermeidung des Durstgefühls, sowie lindernde ärztliche Maßnahmen, im Speziellen Medikamente zur wirksamen Bekämpfung von Schmerzen, Luftnot, Angst, Unruhe, Erbrechen und anderen Krankheitserscheinungen. Die Möglichkeit einer Verkürzung meiner Lebenszeit durch diese Maßnahmen nehme ich in Kauf. ☐

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

3. In den unter Nummer 1 beschriebenen und angekreuzten Situationen lehne ich Folgendes ab:

- Wiederbelebungsmaßnahmen. ☐
- Maßnahmen, die zum Zweck der Lebenserhaltung bzw. Lebensverlängerung eingesetzt werden und nicht ausschließlich der Linderung von Leiden dienen, wie z. B. maschinelle Beatmung, Dialyse oder Operationen. Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐
- Künstliche Ernährung (sei es über Sonde durch den Mund, die Nase, die Bauchdecke oder die Vene) und künstliche Flüssigkeitsgabe (außer zur Beschwerdelinderung). Bereits eingeleitete Maßnahmen sind zu beenden. ☐

Die Befolgung dieser Wünsche ist nach geltendem Recht keine Tötung auf Verlangen.

- Ich wünsche eine Begleitung/Unterstützung

  durch .....

  .....

  .....

- Ich habe dieser Patientenverfügung „Persönliche Ergänzungen“ beigefügt. Sie sollen als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden. Ja ☐ Nein ☐
- Ich habe eine/mehrere Vollmacht/en erteilt und den Inhalt dieser Patientenverfügung mit der/den von mir bevollmächtigten Person/en besprochen. Ja ☐ Nein ☐
- Ich habe eine Betreuungsverfügung erstellt. Ja ☐ Nein ☐
- Ich habe einen Organspendeausweis erstellt, in dem ich meine Bereitschaft zur Organspende erklärt habe. Ja ☐ Nein ☐

Sofern dieser Patientenverfügung **Persönliche Ergänzungen** mit u. a. meiner Bereitschaft zur Organspende **(Patientenverfügung und Organspende** oder „Organspendeausweis“), meinen Vorstellungen zur Wiederbelebung (z. B. bei akutem Herzstillstand) oder Angaben zu bestehenden Krankheiten beigefügt sind, sollen sie als erklärender Bestandteil dieser Verfügung angesehen werden.

Ich habe diese Verfügung nach sorgfältiger Überlegung erstellt. Sie ist Ausdruck meines Selbstbestimmungsrechts. Darum wünsche ich nicht, dass mir in der konkreten Situation der Nichtentscheidungsfähigkeit eine Änderung meines Willens unterstellt wird, solange ich diesen nicht ausdrücklich (schriftlich oder nachweislich mündlich) widerrufen habe.

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

Arzt/Ärztin meines Vertrauens:

Name .....

Adresse .....

Telefon ..... E-Mail .....

Bei der Festlegung meiner Patientenverfügung habe ich mich beraten lassen von*

.....	.....	
Name	Adresse	
.....	.....	.....
Ort, Datum	Telefon, E-Mail	*Unterschrift der/des Beratenden*

* (Eine Beratung vor dem Abfassen einer Patientenverfügung ist rechtlich nicht vorgeschrieben. Ein Beratungsgespräch kann aber unterstreichen, dass Sie Ihre Wünsche ernsthaft und im Bewusstsein ihrer Bedeutung zum Ausdruck gebracht haben.)

Sollte zur weiteren Feststellung meines Willens, meiner Behandlungswünsche oder meines mutmaßlichen Willens eine **Anhörung meiner Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen** erforderlich sein, soll folgender/n Person/en – soweit ohne erheblichen Verzug möglich – Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

.....

Folgende Person/en soll/en **nicht** zu Rate gezogen werden:

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

Name, Vorname, Geburtsdatum: .....

Adresse, Telefon, E-Mail: .....

.....

.....

(bitte wenden)

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)

Ich weiß, dass ich die Patientenverfügung jederzeit abändern oder insgesamt widerrufen kann, solange ich einwilligungsfähig bin.

....

Ort, Datum *Unterschrift*

Es empfiehlt sich, diese Verfügung regelmäßig zu überprüfen. Dies ist insbesondere sinnvoll, wenn sich die persönlichen Lebensumstände oder der Gesundheitszustand verändern. Unter Umständen kann eine Abänderung oder Neuerstellung der Patientenverfügung erforderlich sein. Vor der Erstellung der Patientenverfügung ist eine ärztliche Beratung dringend zu empfehlen, auch wenn sie keine Voraussetzung für die rechtliche Wirksamkeit ist.

Diese Patientenverfügung ist nach den §§ 1827 ff. BGB für jedermann rechtsverbindlich, sofern sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Die Missachtung des Patientenwillens kann straf- oder zivilrechtliche Folgen haben.

(Aus Vorsorge für Unfall, Krankheit, Alter, Verlag C.H.BECK, ISBN 978-3-406-83685-5)