

## Aufnahmeantrag

*(Bitte für jede Person einen Antrag einreichen)*

Hiermit bitte ich um Aufnahme in das Haus:

**Ilmenau Palais**  
**Georg-Soltwedel-Straße 16-20**  
**21407 Deutsch Evern**

Vollstationär oder zur  Kurzzeitpfleg vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Zu meinen persönlichen Verhältnissen:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden

### Aktueller amtlicher Wohnsitz:

Straße und Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Religionsgemeinschaft:  
Und Kirchengemeinde \_\_\_\_\_

Name des Ehegatten: \_\_\_\_\_

## 1. Adresse der Kinder oder Angehörigen oder Betreuer:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Funktion / Beziehung: \_\_\_\_\_

## 2. Adresse der Kinder oder Angehörigen oder Betreuer:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Funktion / Beziehung: \_\_\_\_\_

Information zur Deckung der Heimkosten:

Der Bewohner trägt die Kosten selbst (Selbstzahler): \_\_\_\_\_  
(Bitte hier das Einkommen aufführen)

Der Bewohner beantragt ab dem Einzug  
Unterstützung beim Sozialhilfeträger: \_\_\_\_\_  
(Zuständiges Sozialamt)

## Rechnungsversand:

Rechnungsempfänger ist die Adresse:  Nr. 1  Nr. 2

Wie soll die Rechnung versendet werden:  per Post  per E-Mail

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Adresse des Hausarztes:

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_

Straße und Haus Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt:  Ja, mit \_\_\_\_\_ %  Nein

Durch den MDK wurde ich bereits in den Pflegegrad  1  2  3  4  5 eingestuft  
(Bitte Kopie des Einstufungsbescheides beilegen)

Durch den MDK wurde bereits ein erheblicher  
Betreuungsbedarf gemäß § 87b SGB XI festgestellt  Ja  Nein

(Falls ja, bitte Kopie des Feststellungsbescheides beilegen)

Ich wurde noch nicht in einen Pflegegrad eingestuft

Der Antrag zur Einstufung wird umgehend gestellt

Der Antrag zur Einstufung wurde bereits am \_\_\_\_\_ gestellt, es  
liegt aber noch kein Ergebnis vor (Datum der Antragsstellung)

Durch den MDK / Die Pflegekasse wurde bereits ein besonderer Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI festgestellt

Ja (Bitte Nachweis in Kopie beilegen)

Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich zu meinem Geburtstag in der Rubrik „LZ gratuliert“ der ortsansässigen Landeszeitung mit Namen und Alter benannt werde:

Ja

Nein

Geburtsurkunde, Heiratsurkunde oder Personalausweis, Versicherungskarte der Krankenkasse, Meldebescheinigung, Betreuerausweis oder Vorsorgevollmacht in Kopie sind dem Antrag beizufügen.

Zuzahlungsbefreiung (z.B. Rezeptgebühr) liegt vor  Ja  Nein

Inkontinenzversorgung erforderlich  Ja  Nein  
(Kurzzeitpflegegäste bringen bitte das Inkontinenzmaterial für die Dauer des Aufenthaltes von zu Hause mit)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet  Empfehlung  Sozialstation (Krankenhaus)  Ärzte  Sonstiges

Mit der Heimaufnahme bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich versichere ausdrücklich die Vollständigkeit und die Richtigkeit obiger Angaben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift des / der Antragstellenden

## Anlage 1

### Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich ein, dass die Bären Apotheke 21407 Deutsch Evern Dorfstraße 28 meine Daten für die umseitig genannten Zwecke erhebt, verarbeitet oder nutzt.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Bezahlung der anfallenden monatlichen Rechnung erfolgt über ein Geldverwaltungs-konto bei der Ilmenau Palais GmbH, Georg-Soltwedel-Straße 16-20, 21407 Deutsch Evern.

Ja

Nein

Bei **Ja** ist die Einzahlung eines ausreichenden Guthabens auf das Bewohnerkonto zu veranlassen.

Bankverbindung: Volksbank Lüneburger Heide e.G.

IBAN: DE30 2406 0300 4034 5661 00

Verwendungszweck: Name und Vorname des Bewohners

Bei **Nein** soll die monatliche Abrechnung von der Apotheke an folgende Adresse geschickt werden:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anlage 2

### Interessen an sozialen und kulturellen Angeboten

Name: \_\_\_\_\_

Ich bin Gerne in Gesellschaft

Ich bin lieber für mich alleine

Tagesform abhängig

Haben Sie Interesse an folgenden Angeboten?

**Bitte ankreuzen:**

Gedächtnistraining

Gesellschaftsspiele

Bewegung / Gymnastik

Malen und Basteln

Musik hören, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Singen

Kochen / Backen

Tanzen im Sitzen

Entspannungsübungen

Film anschauen

Vorlesen

Erzählrunde, über welche Themen konkret? \_\_\_\_\_

Besuch vom Kindergarten

Andacht

Bingo

Sonstige Vorschläge: \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

## Anlage 3

### SEPA – Lastschriftmandat

Ilmenau Palais GmbH  
Georg-Soltwedel-Straße 16-20  
21407 Deutsch Evern

Gläubiger-ID: DE80 ZZZ0 0000 3429 76

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige die Ilmenau Palais GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Ilmenau Palais GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: Deutsch Evern, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift gesetzlicher Betreuer / Vertreter

## Anlage 4

### Preisgestaltung



## Ilmenau Palais

### Preisgestaltung Altbau (Zimmer: 01-43)

#### Einzelzimmer

Pflegegrade	Pflegekosten	Unterkunft/ Verpflegung	Investitions- zulage	Gesamtkosten täglich	Faktor	Gesamtkosten monatlich	abzüglich Leistungen der Pflegekasse	Ihr Eigenanteil monatlich
Pflegegrad 1	50,19 €	23,70 €	26,00 €	99,89 €	30,42	3.038,65 €	125,00 €	<b>2.913,65 €</b>
Pflegegrad 2	64,35 €	23,70 €	26,00 €	114,05 €	30,42	3.469,40 €	770,00 €	<b>2.699,40 €</b>
Pflegegrad 3	80,52 €	23,70 €	26,00 €	130,22 €	30,42	3.961,29 €	1.262,00 €	<b>2.699,29 €</b>
Pflegegrad 4	97,38 €	23,70 €	26,00 €	147,08 €	30,42	4.474,17 €	1.775,00 €	<b>2.699,17 €</b>
Pflegegrad 5	104,94 €	23,70 €	26,00 €	154,64 €	30,42	4.704,15 €	2.005,00 €	<b>2.699,15 €</b>

Angaben laut Vergütungsvereinbarung für den Zeitraum ab dem 01.02.2024 bis laufend

#### Doppelzimmer

Pflegegrade	Pflegekosten	Unterkunft/ Verpflegung	Investitions- zulage	Gesamtkosten täglich	Faktor	Gesamtkosten monatlich	abzüglich Leistungen der Pflegekasse	Ihr Eigenanteil monatlich
Pflegegrad 1	50,19 €	23,70 €	24,00 €	97,89 €	30,42	2.977,81 €	125,00 €	<b>2.852,81 €</b>
Pflegegrad 2	64,35 €	23,70 €	24,00 €	112,05 €	30,42	3.408,56 €	770,00 €	<b>2.638,56 €</b>
Pflegegrad 3	80,52 €	23,70 €	24,00 €	128,22 €	30,42	3.900,45 €	1.262,00 €	<b>2.638,45 €</b>
Pflegegrad 4	97,38 €	23,70 €	24,00 €	145,08 €	30,42	4.413,33 €	1.775,00 €	<b>2.638,33 €</b>
Pflegegrad 5	104,94 €	23,70 €	24,00 €	152,64 €	30,42	4.643,31 €	2.005,00 €	<b>2.638,31 €</b>

Angaben laut Vergütungsvereinbarung für den Zeitraum ab dem 01.02.2024 bis laufend



## Ilmenau Palais

### Preisgestaltung Neubau (Zimmer: NB01-NB08)

#### Einzelzimmer

Pflegegrade	Pflegekosten	Unterkunft/ Verpflegung	Investitions- zulage	Gesamtkosten täglich	Faktor	Gesamtkosten monatlich	abzüglich Leistungen der Pflegekasse	Ihr Eigenanteil monatlich
Pflegegrad 1	50,19 €	23,70 €	33,00 €	106,89 €	30,42	3.251,59 €	125,00 €	<b>3.126,59 €</b>
Pflegegrad 2	64,35 €	23,70 €	33,00 €	121,05 €	30,42	3.682,34 €	770,00 €	<b>2.912,34 €</b>
Pflegegrad 3	80,52 €	23,70 €	33,00 €	137,22 €	30,42	4.174,23 €	1.262,00 €	<b>2.912,23 €</b>
Pflegegrad 4	97,38 €	23,70 €	33,00 €	154,08 €	30,42	4.687,11 €	1.775,00 €	<b>2.912,11 €</b>
Pflegegrad 5	104,94 €	23,70 €	33,00 €	161,64 €	30,42	4.917,09 €	2.005,00 €	<b>2.912,09 €</b>

Angaben laut Vergütungsvereinbarung für den Zeitraum ab dem 01.02.2024 bis laufend

#### Doppelzimmer

Pflegegrade	Pflegekosten	Unterkunft/ Verpflegung	Investitions- zulage	Gesamtkosten täglich	Faktor	Gesamtkosten monatlich	abzüglich Leistungen der Pflegekasse	Ihr Eigenanteil monatlich
Pflegegrad 1	50,19 €	23,70 €	28,00 €	101,89 €	30,42	3.099,49 €	125,00 €	<b>2.974,49 €</b>
Pflegegrad 2	64,35 €	23,70 €	28,00 €	116,05 €	30,42	3.530,24 €	770,00 €	<b>2.760,24 €</b>
Pflegegrad 3	80,52 €	23,70 €	28,00 €	132,22 €	30,42	4.022,13 €	1.262,00 €	<b>2.760,13 €</b>
Pflegegrad 4	97,38 €	23,70 €	28,00 €	149,08 €	30,42	4.535,01 €	1.775,00 €	<b>2.760,01 €</b>
Pflegegrad 5	104,94 €	23,70 €	28,00 €	156,64 €	30,42	4.764,99 €	2.005,00 €	<b>2.759,99 €</b>

Angaben laut Vergütungsvereinbarung für den Zeitraum ab dem 01.02.2024 bis laufend



## Anlage 5

### Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Meine Medikamente werden vom Pflegeheim in der Vertragsapotheken, Bären Apotheke Deutsch Evern, beschafft. (Sollten selbstständig Medikamente besorgt werden, muss die Einrichtung umgehend informiert werden, damit ein sachgemäßer Umgang gewährleistet werden kann.)

Die Apotheke versorgt mich mit Arzneimittel. In diesem Zusammenhang wird meine Medikation hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z.B. Wechselwirkungen und Probleme bei der Anwendung, geprüft. Für diese Prüfung sowie für die zukünftige Versorgung mit Arzneimittel durch die Apotheke werden die unten genannten Daten und ggf. weitere, notwendige Daten zu meiner Person sowie Daten zu meiner Arzneimitteltherapie erfasst. Diese Daten können sich beispielsweise aus den Gesprächen mit mir im Heim, aus Verordnungen oder vorhandenen Arzneimittellisten ergeben. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimittel ergeben, bin ich damit einverstanden, dass meine Apotheker mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme Kontakt aufnimmt und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichtet. Ich entbinde für diesen Fall sowohl das pharmazeutische Personal der Apotheke als auch meinen Arzt von der Schweigepflicht.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## Anlage 6

### Informationsblatt + Einverständniserklärung „fotografische (Wund)-Dokumentation“

Sehr geehrte/r Bewohner/in unseres Hauses,  
Sehr geehrte Angehörige und Betreuer.

Die Gesundheit unserer Bewohner steht an erster Stelle. Diese gilt es, bei jedem Bewohner sehr genau zu beschreiben und schriftlich festzuhalten. Veränderungen festzustellen und erforderlichen Maßnahmen ggf. in Zusammenarbeit wie z.B. mit Ärzten, zu ergreifen.

Aus. Diesem Grund. Führt die Einrichtung Ilmenau Palais GmbH u.a. eine fotografische Wunddokumentation, um den aktuellen Zustand einer „Wunde“ objektiv festzuhalten sowie Wundverläufe präziser darstellen zu können.

Weiterhin erstellen wir für jeden Bewohner bei Einzug in unser Haus ein sog. „Bewohner-Passbild“. Dieses Passbild wird in unser EDV-gestütztes Dokumentationssystem eingepflegt und erscheint somit auf dem sof. Stammdatenblatt. So erhält jede „Bewohnerakte“ ein Gesicht und jeder Mitarbeiter des Hauses, der mit dem System arbeitet, sieht den Menschen, um den es geht. Ein weiterer, sehr wichtiger Vorteil ist, dass z.B. im Falle einer „Weglauftendenz“ eines Bewohners, ggf. der Polizei ein aktuelles Passbild ausgehändigt werden kann, um die „vermisste Person“ schneller zu finden.

Die Fotos und alle weiteren Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie können diese Aufnahmen auf Wunsch jederzeit einsehen. Für die Erstellung dieser Aufnahmen benötigen wir jedoch Ihre Zustimmung. Bitte füllen. Sie das Formular aus und geben es unterschrieben an uns zurück. Wenn Sie nähere Fragen hierzu haben, steht Ihnen unsere Pflegedienstleiterin sowie unsere Teamleitung, jederzeit und gerne zur Verfügung.

Sie können eine erteilte Zustimmung natürlich jederzeit widerrufen.

#### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation erstellt wird. Ich weiß, dass ich jederzeit Einsicht verlangen und diese Erklärung widerrufen kann. Das Informationsschreiben zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Name, Vorname des Bewohners: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ggf. Name des Betreuers: \_\_\_\_\_

Ort, Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Anlage 7

### Kostenübernahmebestätigung und Bürgschaft für die Heimkosten

Name des Pflegeheims: **Ilmenau Palais GmbH**  
Anschrift des Pflegeheims: **Georg-Soltwedel-Str. 16-20  
21407 Deutsch Evern**

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätigen wir, [Name des Bürgen] \_\_\_\_\_, wohnhaft in  
[Adresse des Bürgen] \_\_\_\_\_, dass wir  
die Heimkosten für [Name des Bewohners] \_\_\_\_\_, geboren am  
[Geburtsdatum des Bewohners] \_\_\_\_\_, übernehmen, falls dieser  
den Eigenanteil an den Heimkosten nicht zahlen kann. Wir versichern, dass die  
Übernahme der Heimkosten in keiner Weise unseren eigenen Unterhalt gefährdet.

### Bürgschaftserklärung

#### Bürge

Name des Bürgen: \_\_\_\_\_

Anschrift des Bürgen: \_\_\_\_\_

Kontaktinformationen: \_\_\_\_\_

#### Gläubiger

Name des Pflegeheims: **Ilmenau Palais GmbH**

Anschrift des Pflegeheims: **Georg-Soltwedel-Str. 16-20, 21407 Deutsch Evern**

#### Schuldner

Name des Bewohners: \_\_\_\_\_

Anschrift des Bewohners: \_\_\_\_\_

## Schuldgegenstand:

Übernahme der Heimkosten, die durch en Aufenthalt von [Name des Bewohners] \_\_\_\_\_ in [Name des Pflegeheims] \_\_\_\_\_ entstehen, einschließlich Unterkunft, Verpflegung, Pflege und eventuell anfallende Zusatzkosten.

Wir verpflichten uns hiermit als Bürge gegenüber dem Pflegeheim, für sämtliche Forderungen des Pflegeheims gegen den Schuldner aus dem Heimvertrag aufzukommen, falls dieser den Eigenanteil an den Heimkosten, die durch den Aufenthalt von [Name des Bewohners] \_\_\_\_\_ entstehen.

Wir sin uns der finanziellen Verpflichtung bewusst und werden diese entsprechend unseren Möglichkeiten erfüllen. Sollte sich unsere finanzielle Lage ändern und die Übernahme der Kosten nicht mehr möglich sein, werden wir das Pflegeheim unverzüglich informieren und gemeinsam eine Lösung suchen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bürgen, Name des Bürgen