



Echt AWO. Seit 1919.  
Erfahrung für die Zukunft.



**DUISBURG**

**Seniorenberatung und  
Pflegeplatzvermittlung  
Duisburg**

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße  
Karl-Jarres-Straße 100-104  
47053 Duisburg  
Tel.: 0203 3095-432  
Fax: 0203 6006-367  
seniorenberatung@awo-duisburg.de  
www.awocura.de  
www.awo-seniorendienste-nr.de

**Anmeldung für einen Heimplatz:  
AWO-Seniorendienste Niederrhein gGmbH,  
Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße,  
Karl-Jarres-Straße 100-104, 47053 Duisburg**

Wir benötigen von Ihnen:

- Anmeldung zum Heimeinzug
- Ärztliche Bescheinigung oder Pflegeüberleitung des Krankenhauses
- Kopie der Pflegegradeinordnung des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse
- Kopie der letzten Rentenbescheide, ggfs. Vermögensnachweis
- Prüfung der Übernahme der Heimkosten durch das Sozialamt, falls das eigene Einkommen nicht zur Deckung der Kosten ausreicht
- Kopie von ggfs. Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Bestellsurkunde (bitte bei Einzug Original vorlegen)

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
<b>Pflegegrad</b>					
Pflegekosten	45,34	58,13	74,30	91,16	98,72
Umlage Altenpflegeausbildung	4,02	4,02	4,02	4,02	4,02
Umlage Pflegeberufegesetz	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
Unterkunft	19,23	19,23	19,23	19,23	19,23
Verpflegung	14,81	14,81	14,81	14,81	14,81
Investivkosten Einbettzimmer	15,95	15,95	15,95	15,95	15,95
<b>Gesamtkosten</b>	<b>100,45</b>	<b>113,24</b>	<b>129,41</b>	<b>146,27</b>	<b>153,83</b>
<b>Kosten pro Monat</b>	<b>3.055,69</b>	<b>3.444,76</b>	<b>3.936,65</b>	<b>4.449,53</b>	<b>4.679,51</b>
<b>monatlicher Zuschuss der Pflegekasse</b>	<b>-125,00</b>	<b>-770,00</b>	<b>-1.262,00</b>	<b>-1.775,00</b>	<b>-2.005,00</b>
<b>verbleibende Kosten</b>	<b>2.930,69</b>	<b>2.674,76</b>	<b>2.674,65</b>	<b>2.674,53</b>	<b>2.674,51</b>

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 485,20 EUR Pflegewohngeld.

**Bei Fragen wenden Sie sich gerne an  
Petra Lattenkamp oder Margrit Augustin Loss:  
Telefon: 0203 3095-432**

Name der Einrichtung

## Anmeldung

Auf Dauer

Kurzzeitpflege

Tagespflege

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer

Doppelzimmer

gewünschter Zeitpunkt:

\_\_\_\_\_

### 01. Personalien

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

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

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

Konfession: \_\_\_\_\_

### 02. Anschrift

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

### 03. Derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus)

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

### 04. Amtsrichterliche Betreuung

besteht seit \_\_\_\_\_ ist beantragt am \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Aufgabenkreise: Vermögenssorge

Aufenthalt

Gesundheit

Sonstige

*Bitte Kopie der Betreuungsurkunde beifügen*

## 05. Vollmachten

Vorsorgevollmacht  Patientenverfügung   
Generalvollmacht/ Notar  Sonstige Vollmacht \_\_\_\_\_

*Bitte Kopie beifügen*

Vollmachtnehmer/Vollmachtnehmerin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

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

## 06. Angehörige

	1.	2.	3.
Name:	_____	_____	_____
Vorname:	_____	_____	_____
Wie verwandt:	_____	_____	_____
Straße:	_____	_____	_____
PLZ/Wohnort:	_____	_____	_____
Telefon:	_____	_____	_____

## 07. Mit wem soll der notwendige Schriftwechsel bzw. Kontakt geführt werden?

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

## 08. Ärztliche Versorgung durch

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

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

09. Der vom Arzt/der Ärztin ausgefüllte Fragebogen liegt bei:   
wird umgehend nachgereicht:

## 10. Krankenkasse/Pflegekasse

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

Pflegegrad laut Leistungsbescheid: 1  2  3  4  5

Es liegt kein Pflegegrad vor

Pflegegrad ist beantragt

## 11. Erklärung zur Finanzierung

Rentenhöhe: \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner/in Rentenhöhe: \_\_\_\_\_

Vermögen/Sparguthaben: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Haus/Grundbesitz/Eigentum: ja  \_\_\_\_\_ nein

Mieteinnahmen: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Zahlungsverpflichtungen: ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein   
(z. B. Kredite, Hypotheken, Unterhaltszahlungen)

Kriegsopferfürsorge ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Beihilfeberechtigt ja  nein

Blindengeld ja  Betrag: \_\_\_\_\_ nein

Ein Kostenübernahmeantrag beim Sozialamt wurde/ wird gestellt:

am: \_\_\_\_\_

**Ein Einzug ist grundsätzlich nur mit Finanzierungszusicherung möglich.  
Wir beraten Sie gerne.**

## 12. Wie sind Sie auf die Senioren- und Pflegeberatung Duisburg aufmerksam geworden?

(Diese Angaben sind freiwillig.)

Freunde/Bekannte

Familie

Internet

Vorherige Kontakte mit der AWO-Duisburg

Presse

Sozialer Dienst eines Krankenhauses

Mitgliedschaft bei der AWO-Duisburg

Sonstiges:

---

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

Unterschrift des Antragsteller/in: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine Bestätigung.  
Ihre persönlichen Daten werden im Sinne der EU-DSGVO nur für eigene Zwecke gespeichert und verarbeitet:

#### **Hinweis zur Speicherung personenbezogener Daten gem. DSGVO Art. 12 ff.**

Gemäß Datenschutzgrundverordnung sind wir dazu verpflichtet, Sie über die Absicht der Speicherung und die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten gem Art. 4 DSGVO und die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten gem. Art. 9 DSGVO zu unterrichten.

#### **Verantwortlich** für die Speicherung:

AWOcura gGmbH, Kuhlenwall 8, 47051 Duisburg, E-Mail: datenschutz@awo-duisburg.de, Tel.: 0203 3095-548

#### **Datenschutzbeauftragter:**

Conceptec GmbH, Dipl.-Ing. Thorsten Werning, Zeppelinstraße 321, 45470 Mülheim an der Ruhr, Tel.: 0208 69609-0, E-Mail: info@conceptec.de

#### **Zweck** der Datenspeicherung:

Die digitale Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt im Rahmen unserer Beratungstätigkeit der Senioren- und Pflegeberatung. Durch die Aufnahme Ihrer Daten ist es möglich, Ihnen alle Angebote der ambulanten, teilstationären und stationären pflegerischen Versorgung zu vermitteln und Sie bei der Suche nach einem Pflegeplatz zu unterstützen. Weiterhin können wir für Sie mit verschiedenen Leistungsträgern in Kontakt treten, um Sie bei den Formalitäten zu entlasten.

#### **Empfänger** der Daten:

Ihre Daten sind ausschließlich von den Mitarbeitern unserer Senioren- und Pflegeberatung und den zuständigen Mitarbeitern der Seniorenzentren und der zentralen Abrechnungsstelle einzusehen. Eine Weiterleitung an Dritte (verschiedene Leistungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen) erfolgt nur nach Ihrer Einwilligung.

#### **Weitergabe** an Drittländer:

Eine Weitergabe an Drittländer findet nicht statt.

#### **Dauer** der Speicherung:

Die personenbezogenen Daten werden für die Dauer des Beratungs- bzw. Vermittlungszeitraumes gespeichert. Für eventuelle Rückfragen nach der Heimaufnahme speichern wir Ihre Daten für einen Zeitraum von einem Jahr nach Heimeinzug. Danach werden Ihre Daten gelöscht.

Weiterhin möchten wir Sie auf Ihre **Rechte** im Sinne der DSGVO hinweisen:

Sie haben gem. Art. 15 DSGVO jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen gespeicherten Daten. Die gespeicherten Daten werden auf Wunsch bei nicht korrekter Speicherung gem. Art 16 DSGVO berichtigt oder auf Wunsch gelöscht (Art. 17 DSGVO). Ebenfalls kann die Speicherung der Daten gem. Art. 18 eingeschränkt oder gem. Art. 21 DSGVO der Speicherung widersprochen werden. Jede Einwilligung zur Speicherung oder Verwendung personenbezogener Daten kann zu jedem Zeitpunkt zurückgezogen werden. Weiterhin haben Sie gem. Art. 20 DSGVO das Recht auf Datenübertragbarkeit. Sollten wir zusätzliche Informationen zu einer Person erhalten, so sind wir gem. Art. 14 DSGVO auch dazu verpflichtet, diese Quellen zu benennen. Sie haben als betroffene Person das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde des Landes NRW (Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, Tel.: 0211 38424-0, Fax: 0211 38424-10, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de) zu beschweren. Sollten Sie sich gegen die Speicherung der benannten Daten aussprechen, ist es nicht möglich, Sie umfassend und angemessen über unsere Leistungen zu beraten und Sie bei der Suche einer optimalen pflegerischen Lösung zu unterstützen.

## Anmeldung zum dauerhaften Heimeinzug Ärztlicher Fragebogen

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ/Ort	Name des Krankenhauses, falls zurzeit stationär

Somatische und psychiatrische Erkrankungen, die die Selbstständigkeit so weit einschränken, dass Pflegebedürftigkeit vorliegt:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

### Besondere Hinweise:

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus  Antiepileptikatherapie  Antikoagulationstherapie

Allergien: \_\_\_\_\_ Implantate \_\_\_\_\_

KÖRPERPFLEGE	täglich	zeitweise	nein
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DARM-/BLASENENTLEERUNG	täglich	zeitweise	nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z. B. Toilettenstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgt mit:	ja		
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG	täglich	zeitweise	nein
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Benötigt:  
Sondenernährung   
Besondere Kostformen

Welche? \_\_\_\_\_

MOBILITÄT	täglich	zeitweise	nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender Position <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitperson: Selbstständig <input type="checkbox"/> Nicht selbstständig <input type="checkbox"/>			
Beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln: _____			
Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:			
Wird regelmäßig mobilisiert: <input type="checkbox"/>			
Nicht mehr mobilisierbar: <input type="checkbox"/>			
Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			
Dekubitus <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			
Lähmungen <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			

ALLTAGSKOMPETENZ
Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:
Sehvermögen <input type="checkbox"/> Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/> Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>
Hörvermögen <input type="checkbox"/> Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/> Selbst-/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/> Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/>
Desorientierung: Zeitlich <input type="checkbox"/> Örtlich <input type="checkbox"/> Situativ <input type="checkbox"/> Zur Person <input type="checkbox"/>
Erläuterungen: _____

**Sind freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)?** Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich?** Jede Nacht  Zeitweise  Nein

Welche und wie oft? \_\_\_\_\_

**Regelmäßige Behandlungspflege:** \_\_\_\_\_

Suchterkrankungen:  
Alkohol  Medikamente  Nikotin  Sonstige \_\_\_\_\_

Ist eine stationäre Rehabilitation geplant? Ja  Nein

Könnte durch eine Rehabilitation der Hilfebedarf verringert werden? Ja  Nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten? Ja  Nein

Letzte Thorax-Aufnahme vom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Hausärztin/Hausarzt  
Unterschrift Klinikärztin/-arzt und Pflegefachkraft  
(falls Patient/in zurzeit im Krankenhaus ist)