



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

Vielen Dank, dass Sie sich für einen Heimplatz in einem der insgesamt sieben Seniorenzentren der AWO in Duisburg interessieren.

Für die Anmeldung sind verschiedene Daten von Ihnen/Ihrem Angehörigen/Ihrem Betreuten wichtig, und wir bitten Sie um folgende Unterlagen:

- Anmeldung zum Heimeinzug (siehe Anlage)
- Ärztlicher Fragebogen oder Pflegeüberleitung des Krankenhauses
- Impfnachweis gegen SARS-CoV-2 oder Genesenennachweis
- Kopie der Pflegegradeinordnung des Medizinischen Dienstes Ihrer Krankenkasse
- Kopie der letzten Rentenbescheide, ggfs. Vermögensnachweis
- Ggfs. Vorsorgevollmacht / Patientenverfügung / Bestellungsurkunde eines Betreuers
- Prüfung der Übernahme der Heimkosten durch das Sozialamt, falls das eigene Einkommen nicht zur Deckung der Kosten ausreicht

Sie finden in der Anlage außerdem eine Übersicht über die Heimkosten, die – je nach Pflegegrad und Einrichtung – beim Einzug entstehen werden.

Bitte geben Sie Ihre Anmeldung mit den vollständigen Anlagen am besten per E-Mail oder per Post zurück an:

Seniorenberatung und Pflegevermittlung der AWO in Duisburg
Karl-Jarres-Straße 100-104, 47053 Duisburg

Sollten Sie Fragen haben, ist das Team der Seniorenberatung und Pflegevermittlung für Sie da! **Petra Lattenkamp** oder **Nicole Münster** beraten Sie gern und ausführlich zu all Ihren Fragen und begleiten Sie über die behördlichen Schritte und Anträge bis zum endgültigen Einzug.

Wählen Sie **0203 3095-432**
oder schreiben Sie eine E-Mail an seniorenberatung@awo-duisburg.de

www.awocura.de
www.awo-seniorendienste-nr.de

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, Kühlenwall 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.

FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße	PLZ Wohnort	Name des Krankenhauses, falls z. Z. stationär

Diagnosen:

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus Antiepileptikatherapie Antikoagulationstherapie

Allergien: _____ Implantate: _____

Adipositas: Kg _____

KÖRPERPFLEGE	HILFEBEDARF 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	HILFEBEDARF 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"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG	HILFEBEDARF 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:	ja		
Sonden Ernährung	<input type="checkbox"/>		
Besondere Kostformen	<input type="checkbox"/>		

welche

MOBILITÄT	HILFEBEDARF TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsmittel (Stock/Rollator/Sonstiges) _____			
Sturzgefährdet: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Immobilität: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lokalisation _____			
Dekubitus <input type="checkbox"/> Lokalisation _____			

Auffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf 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"/>	Weg/Hin-Lauftendenz <input type="checkbox"/>
Aggressives/abwehrendes Verhalten <input type="checkbox"/>	Ängste <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 _____

Impfstatus gegen SARS-CoV-2: Status unbekannt:

1. Impfung: 2. Impfung: 3. Impfung: genesen:

Sind ansteckende Krankheiten bekannt (IFSG) ja nein

welche: _____

Sind MRGN (Multiresistente Erreger) nachgewiesen ja nein

welche: _____

Datum

Unterschrift u. Stempel Hausarzt/Ärztin
Unterschrift Klinikarzt/Ärztin (falls Patient/in z. Z. im Krankenhaus)



Entgelte stationär ab 01.06.2023

Seniorenzentrum Ernst Ermert	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,50	4,50	4,50	4,50	4,50
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,08	21,08	21,08	21,08	21,08
Gesamtkosten	116,57	130,85	147,03	163,89	171,45
Kosten pro Monat	3.546,06	3.980,46	4.472,65	4.985,53	5.215,51
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse §43 SGBXI	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-67,05	-67,05	-67,05	-67,05
verbleibende Kosten	3.421,06	3.143,41	3.143,60	3.143,48	3.143,46

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 641,25 EUR Pflegewohngeld.

Wohndorf Laar	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,55	4,55	4,55	4,55	4,55
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,98	21,98	21,98	21,98	21,98
Gesamtkosten	117,52	131,80	147,98	164,84	172,40
Kosten pro Monat	3.574,96	4.009,36	4.501,55	5.014,43	5.244,41
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-67,12	-67,12	-67,12	-67,12
verbleibende Kosten	3.449,96	3.172,24	3.172,43	3.172,31	3.172,29

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 668,63 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Lene Reklat	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,86	4,86	4,86	4,86	4,86
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer	21,33	21,33	21,33	21,33	21,33
Gesamtkosten	117,18	131,46	147,64	164,50	172,06
Kosten pro Monat	3.564,62	3.999,01	4.491,21	5.004,09	5.234,07
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-67,59	-67,59	-67,59	-67,59
verbleibende Kosten	3.439,62	3.161,42	3.161,62	3.161,50	3.161,48

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 648,86 EUR Pflegewohngeld.



Duisburg

AWOcura gGmbH

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH

Entgelte stationär ab 01.06.2023

Seniorenzentrum Vierlinden	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	5,29	5,29	5,29	5,29	5,29
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer*	16,68	16,68	16,68	16,68	16,68
Gesamtkosten	112,96	127,24	143,42	160,28	167,84
Kosten pro Monat	3.436,24	3.870,64	4.362,84	4.875,72	5.105,69
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-68,25	-68,25	-68,25	-68,25
verbleibende Kosten	3.311,24	3.032,39	3.032,59	3.032,47	3.032,44

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 507,41 EUR Pflegegeld.

Seniorenzentrum Im Schlenk	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,61	64,89	81,07	97,93	105,49
Umlage Pflegeberufegesetz	4,77	4,77	4,77	4,77	4,77
Unterkunft	22,81	22,81	22,81	22,81	22,81
Verpflegung	17,57	17,57	17,57	17,57	17,57
Investivkosten Einbettzimmer*	19,09	19,09	19,09	19,09	19,09
Gesamtkosten	114,85	129,13	145,31	162,17	169,73
Kosten pro Monat	3.493,74	3.928,13	4.420,33	4.933,21	5.163,19
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-67,46	-67,46	-67,46	-67,46
verbleibende Kosten	3.368,74	3.090,67	3.090,87	3.090,75	3.090,73

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 580,72 EUR Pflegegeld.

Seniorenzentrum Innenhafen	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	50,96	65,33	81,50	98,37	105,93
Umlage Pflegeberufegesetz	5,33	5,33	5,33	5,33	5,33
Unterkunft	22,42	22,42	22,42	22,42	22,42
Verpflegung	17,27	17,27	17,27	17,27	17,27
Investivkosten Einbettzimmer*	21,03	21,03	21,03	21,03	21,03
Gesamtkosten	117,01	131,38	147,55	164,42	171,98
Kosten pro Monat	3.559,44	3.996,58	4.488,47	5.001,66	5.231,63
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGBXI		-68,97	-68,97	-68,97	-68,97
verbleibende Kosten	3.434,44	3.157,61	3.157,50	3.157,69	3.157,66

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 639,73 EUR Pflegegeld.

**Entgelte stationär ab 01.06.2023**

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	53,61	68,73	84,91	101,77	109,33
Umlage Pflegeberufegesetz	4,95	4,95	4,95	4,95	4,95
Unterkunft	22,68	22,68	22,68	22,68	22,68
Verpflegung	17,47	17,47	17,47	17,47	17,47
Investivkosten Einbettzimmer*	16,10	16,10	16,10	16,10	16,10
Gesamtkosten	114,81	129,93	146,11	162,97	170,53
Kosten pro Monat	3.492,52	3.952,47	4.444,67	4.957,55	5.187,52
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-125,00	-770,00	-1.262,00	-1.775,00	-2.005,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 5% §43c SGB XI		-73,57	-73,57	-73,57	-73,57
verbleibende Kosten	3.367,52	3.108,90	3.109,10	3.108,98	3.108,95

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 489,76 EUR Pflegegeld.

* Die Investivkostensätze werden sich zum 01.01.2023 erhöhen.
Ein entsprechender Bescheid liegt uns noch nicht vor

Leistungszuschuss gemäß § 43c SGB XI

Alle Bewohnerinnen und Bewohner in Pflegeheimen mit mindestens Pflegegrad 2 erhalten Zuschläge der Pflegeversicherung zu ihrem pflegebedingten Eigenanteil.

Die Höhe des Zuschlags ist abhängig von der Dauer des bisherigen Aufenthalts in einem Pflegeheim.

- Bei bis zu 12 Monaten 5 Prozent
- Bei 13 bis 24 Monaten 25 Prozent
- Bei 25 bis 36 Monaten 45 Prozent
- Ab 37 Monaten 70 Prozent