



Duisburg

Zentrale Pflegeplatzvermittlung

Friedrich-Wilhelm-Straße 47

47051 Duisburg

Tel.: 0203 3095-5570

Fax: 0203 3095-5573

seniorenberatung@awo-duisburg.de

awo-duisburg.de

awo-seniorendienste-nr.de

**Schritte auf dem Weg in Ihr neues Zuhause:
willkommen bei der AWO in Duisburg!**

Vielen Dank, dass Sie sich für einen Heimplatz in einem der insgesamt sechs 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
- 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 eine Übersicht über die Heimkosten, die – je nach Pflegegrad und Einrichtung – beim Einzug entstehen werden. Bei Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages in den Einrichtungen der AWOcura ist eine Rentenüberleitung obligatorisch.

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung inklusive der Anlagen (PDF-Format) per E-Mail zurück oder per Post.

Sollten Sie Fragen haben, sind wir Sie da, beraten Sie gern und ausführlich zu all Ihren Fragen und begleiten Sie über die behördlichen Schritte und Anträge bis zum endgültigen Einzug.

Ihr Team der AWO-Pflegeplatzvermittlung

Petra Lattenkamp und Nicole Münster





Name der Einrichtung

.

Anmeldung

Auf Dauer

Kurzzeitpflege

AWO Mitglied

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.

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: _____

10. Krankenkasse/Pflegekasse

Name: _____ Mitgliedsnummer: _____

Pflegegrad laut Leistungsbescheid: 1 2 3 4 5

Es liegt kein Pflegegrad vor

Pflegegrad Höherstufung 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 Einzug ist grundsätzlich nur mit Finanzierungsklärung möglich.

Bei Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrages in den Einrichtungen der AWOCura ist eine Rentenüberleitung obligatorisch.

Wir beraten Sie gerne.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller/in: _____

Unterschrift Betreuer/in, Bevollmächtigte/r _____

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. Bewohner stationärer Pflege

Gemäß Datenschutzgrundverordnung sind wir dazu verpflichtet, Sie über die Absicht der Speicherung und die Verarbeitung 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, Pulverweg 12, 47051 Duisburg, E-Mail: datenschutz@awo-duisburg.de, Tel.: 0203 3095-0

Datenschutzbeauftragter:

Conceptec GmbH, Dipl.-Ing. Thorsten Werning, Bleichstraße 5, 45468 Mülheim an der Ruhr, Tel.: 0208 69609-0, E-Mail: info@conceptec.de

Zweck der Datenspeicherung:

Die digitale Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten und personenbezogener Daten besonderer Kategorien (Gesundheitsdaten) dient der schriftlichen Fixierung der geplanten und durchgeführten Pflege sowie der Dokumentation einzelner Schritte der Pflegeplanung (Art. 9 Abs. 2 (h) DSGVO) sowie der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität gem. § 113 SGB XI. Im Rahmen unserer Pflegedienstleistungen dient die Speicherung und Erfassung Ihrer Daten der Sicherstellung aller notwendigen Arbeitsschritte der Pflegenden und der Kooperation bei der Versorgung mit beteiligten Berufsgruppen.

Empfänger der Daten:

Ihre Daten sind von den Pflegenden (Art. 9 Abs. 3 DSGVO) des jeweiligen Wohnbereichs des Seniorenzentrums und von den Mitarbeitern der zentralen Abrechnungsstelle einzusehen. Eine Weitergabe wichtiger Gesundheitsdaten an Apotheken findet nur nach einer schriftlichen Einwilligung statt. Dies dient der Sicherstellung der ärztlich angeordneten Medikamentenversorgung. Ihre Daten werden – soweit notwendig – im Sinne unserer Auftragserfüllung an beteiligte Berufsgruppen zur Abrechnung weitergeleitet, z. B. an Kranken- und Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe sowie sonstige Sozialleistungsträger (§§ 302, 303 SGB V und § 105 SGB XI). In Notfallsituationen auch als Pflegeüberleitung an ein Krankenhaus (Art. 6 DSGVO i. V. m. Erwägungsgrund 46). Einmal jährlich werden wir vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft, so dass dieser bei einer Prüfung ebenfalls Einsicht – nach schriftlicher Einwilligung – in Ihre Daten erhalten kann (§ 112 SGB XI).

Weitergabe an Drittländer:

Eine Weitergabe an Drittländer findet nicht statt.

Dauer der Speicherung:

Die personenbezogenen Daten und personenbezogenen Daten besonderer Kategorien werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes und darüber hinaus mit einer Aufbewahrungsfrist von bis zu 10 Jahren nach Beendigung des stationären Aufenthaltes gem. § 13 HeimG, § 630 f Abs. 3 BGB und § 199 BGB gespeichert bzw. in Papierform in einem zentralen, nicht für Unbefugte zugänglichen Archiv aufbewahrt.

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.

Information über Ihr Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 erfolgt, Widerspruch einzulegen. Wenn Sie Widerspruch einlegen, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

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

Diagnosen

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus
 Antiepileptika Therapie
 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. Toilettensstuhl, 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"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> liegender	<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: ja nein
 Immobilität: ja nein

Kontrakturen 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 _____

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)



Duisburg

AWOcura gGmbH

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH

Entgelte stationär Stand 01.01.2026

Seniorenzentrum Ernst Ermert	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	73,49	94,22	111,12	128,74	136,66
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	26,91	26,91	26,91	26,91	26,91
Verpflegung	20,72	20,72	20,72	20,72	20,72
Investivkosten Einbettzimmer	22,67	22,67	22,67	22,67	22,67
Gesamtkosten	149,47	170,20	187,10	204,72	212,64
Kosten pro Monat	4.546,88	5.177,48	5.691,58	6.227,58	6.468,51
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse §43 SGBXI	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-335,11	-335,11	-335,11	-335,11
verbleibende Kosten	4.415,88	4.037,37	4.037,47	4.037,47	4.037,40

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 689,62 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Lene Reklat	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	73,49	94,22	111,12	128,74	136,66
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	26,91	26,91	26,91	26,91	26,91
Verpflegung	20,72	20,72	20,72	20,72	20,72
Investivkosten Einbettzimmer	22,65	22,65	22,65	22,65	22,65
Gesamtkosten	149,45	170,18	187,08	204,70	212,62
Kosten pro Monat	4.546,27	5.176,88	5.690,97	6.226,97	6.467,90
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-335,11	-335,11	-335,11	-335,11
verbleibende Kosten	4.415,27	4.036,77	4.036,86	4.036,86	4.036,79

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 689,01 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Vierlinden	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	73,49	94,22	111,12	128,74	136,66
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	26,91	26,91	26,91	26,91	26,91
Verpflegung	20,72	20,72	20,72	20,72	20,72
Investivkosten Einbettzimmer	21,57	21,57	21,57	21,57	21,57
Gesamtkosten	148,37	169,10	186,00	203,62	211,54
Kosten pro Monat	4.513,42	5.144,02	5.658,12	6.194,12	6.435,05
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-335,11	-335,11	-335,11	-335,11
verbleibende Kosten	4.382,42	4.003,91	4.004,01	4.004,01	4.003,94

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 656,16 EUR Pflegewohngeld.

Seniorenzentrum Im Schlenk	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	73,49	94,22	111,12	128,74	136,66
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	26,91	26,91	26,91	26,91	26,91
Verpflegung	20,72	20,72	20,72	20,72	20,72
Investivkosten Einbettzimmer	22,38	22,38	22,38	22,38	22,38
Gesamtkosten	149,18	169,91	186,81	204,43	212,35
Kosten pro Monat	4.538,06	5.168,66	5.682,76	6.218,76	6.459,69
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-335,11	-335,11	-335,11	-335,11
verbleibende Kosten	4.407,06	4.028,55	4.028,65	4.028,65	4.028,58

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 680,80 EUR Pflegegeld.

AWO Seniorendienste Niederrhein gGmbH

Seniorenzentrum Innenhafen	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	57,62	73,87	90,77	108,39	116,31
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	24,19	24,19	24,19	24,19	24,19
Verpflegung	18,62	18,62	18,62	18,62	18,62
Investivkosten Einbettzimmer *	24,87	24,87	24,87	24,87	24,87
Gesamtkosten	130,98	147,23	164,13	181,75	189,67
Kosten pro Monat	3.984,41	4.478,74	4.992,83	5.528,84	5.769,76
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-238,96	-238,96	-238,96	-238,96
verbleibende Kosten	3.853,41	3.434,78	3.434,87	3.434,88	3.434,80

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 756,54 Pflegegeld.

Seniorenzentrum Karl-Jarres-Straße	Durchschnittsmonat (30,42 Tage)				
	1	2	3	4	5
Pflegegrad					
Pflegekosten	60,52	77,59	94,48	112,10	120,02
Umlage Pflegeberufegesetz	5,68	5,68	5,68	5,68	5,68
Unterkunft	24,30	24,30	24,30	24,30	24,30
Verpflegung	18,71	18,71	18,71	18,71	18,71
Investivkosten Einbettzimmer *	23,34	23,34	23,34	23,34	23,34
Gesamtkosten	132,55	149,62	166,51	184,13	192,05
Kosten pro Monat	4.032,17	4.551,44	5.065,23	5.601,23	5.842,16
monatlicher Zuschuss der Pflegekasse	-131,00	-805,00	-1.319,00	-1.855,00	-2.096,00
Zuschuss in den ersten 12 Monaten 15% §43c SGBXI		-259,19	-259,19	-259,19	-259,19
verbleibende Kosten	3.901,17	3.487,25	3.487,04	3.487,04	3.486,97

Nach Einkommens-/Vermögenshöhe evtl. Anspruch auf max. 588,93 EUR Pflegegeld.

* Die Investivkostensätze werden sich evtl. verändern.
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 15 Prozent
Bei 13 bis 24 Monaten 30 Prozent
Bei 25 bis 36 Monaten 50 Prozent
Ab 37 Monaten 75 Prozent