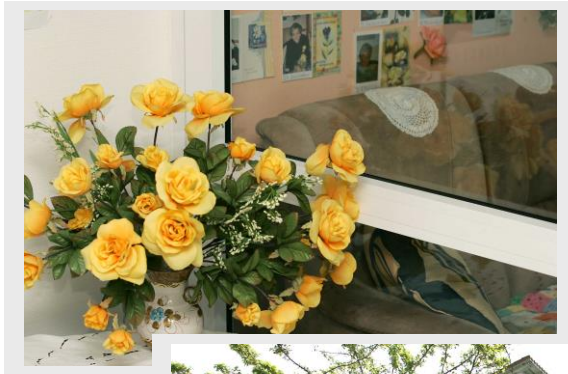


*„Ihr Wohl und Ihre Wünsche  
liegen uns am Herzen!“*



Seniorenwohn- und Pflegezentrum  
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7  
E-Mail: [jst@diakonie-landshut.de](mailto:jst@diakonie-landshut.de)

- **Johannesstift Altdorf** -  
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7  
E-Mail: [jst@diakonie-landshut.de](mailto:jst@diakonie-landshut.de)

## *Leitbild*

Das Leben in einer Pflegeeinrichtung erfordert den stetigen Ausgleich zwischen den Ansprüchen der Bewohner auf Selbstbestimmung, den Erfordernissen des Heimbetriebes und den berechtigten Anliegen der Mitarbeiter.

Die folgenden Leitlinien sind die Grundlagen unseres Handelns in der Pflege, Betreuung und Versorgung um die Grundbedürfnisse der Bewohner zu gewährleisten.

- Wir sehen den Menschen als Geschöpf Gottes und achten seine Würde und Einzigartigkeit.
- Pflege und Betreuung tragen den tief greifenden Veränderungen im Leben der Bewohner Rechnung. Hierbei nehmen wir im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten auf die persönlichen Gewohnheiten und Bedürfnisse, die Intimsphäre sowie den Wunsch der Bewohner nach Geborgenheit und Sicherheit Rücksicht.
- Individuelle Pflege und Betreuung unter Wahrung größtmöglicher Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und persönlicher Freiheit sind die Grundlagen unseres Handelns um die pflegebedürftigen Menschen in ihrer besonderen Lebenssituation zu unterstützen.
- Ziel unseres Handelns ist es geistige, körperliche und soziale Fähigkeiten zu erhalten und zu fördern um dem Bewohner ein selbstbestimmtes Leben unter Berücksichtigung seiner Ressourcen zu ermöglichen.
- Wir begleiten den Bewohner würdevoll bis zu seinem Lebensende, wir nehmen seine religiösen Bedürfnisse und Wünsche wahr und sorgen für deren Erfüllung.
- Pflege, Betreuung und Versorgung werden von fachlich qualifiziertem Personal erbracht, wobei die Zusammenarbeit mit Ärzten, anderen Fachbereichen und Organisationen für uns selbstverständlich ist.
- Die Bewohner werden auf Wunsch in ihren Anliegen und Fragen vom Heimfürsprecher vertreten und unterstützt.

Wir legen Wert auf eine partnerschaftliche und informative Angehörigenarbeit, die von gegenseitigem Respekt und Vertrauen geprägt ist.

## *Unsere Betreuungsangebote*

- Feste und Feiern nach jahreszeitlichen und persönlichen Traditionen
- Anregende Aktivitäten
  - Gymnastik
  - Singkreis – Musik erleben
  - Vorlesen Zeitung, Bücher, Geschichten
  - Gesprächsrunde – Erinnerungsgespräche, Biographie
  - Gedächtnistraining
  - Gesellschaftsspiele – Kegeln, Mensch ärgere Dich nicht, Karten ...
  - Kreative Beschäftigung / Angebote (z.B. Kunsttherapie)
  - Kochen und Backen
- Entspannende Aktivitäten
  - Wohlfühlbad
  - Vorlesen von Gedichten, Geschichten
  - Basale Stimulation – Körperwahrnehmung fördern
  - Aufenthalt im Freien
    - Wir sind im Garten
    - Spazieren gehen
    - Gartenarbeit am Hochbeet, Gemüsebeet
- Betreuung durch Ehrenamtlichen Besuchsdienst
- Regelmäßiger katholischer und evangelischer Gottesdienst
- Einkaufen, Arztbesuche
- Zusammenarbeit mit dem Hospizverein
- Veranstaltungen für Angehörige / Angehörigenabende

*Wir bieten Ihnen folgenden kostenfreien Service an*

- Ausführliche Beratung und Hilfestellung zur vollstationären Heimaufnahme und Kurzzeitpflege
- Menüwahl und Diätkostform
- Tägliche Versorgung mit frischen Backwaren
- Wäscheversorgung
- Kabelgebühren für TV
- Freie Arztwahl
- Hausbesuche von Fachärzten und Organisation von Arztterminen
- Ärztlich verordnete Krankengymnastik im Hause möglich
- Frei-Haus-Lieferung der Medikamente durch die Apotheke und evtl. Abrechnung mit Apotheke
- Verwaltung von Verwahrgeld
- Besuchsdienst von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Mithilfe bei der Gestaltung Ihres Zimmers
- Individuelle Betreuungsangebote
  - Wohlfühlbäder
  - Erinnerungsarbeit
  - Heimgarten mit Hochbeet
  - und vieles anderes mehr!
- Nach Rücksprache ist das Mitbringen von Haustieren möglich

*Service gegen Entgelt*

- Wöchentliche Besuche des Frisörs auf den Wohnbereichen
- Fußpflege nach Bedarf
- Wöchentliche Getränkebestellung
- Eigener Telefonanschluss auf Wunsch möglich
- Hilfe bei der Organisation der Wohnungsauflösung

**– Johannesstift Altdorf –**

Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7  
E-Mail: [jst@diakonie-landshut.de](mailto:jst@diakonie-landshut.de)

## *Vorvertragliche Information<sup>1</sup>*

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Informationsblatt möchten wir Ihnen als Träger unser Leistungsangebot für das Seniorenwohn- und Pflegezentrum Johannesstift, Peter-Rosegger-Straße 2 in 84032 Altdorf näher bringen und über den Inhalt unserer Dienstleistungen informieren.

### **I. Die Einrichtung**

1. Das Seniorenwohn- und Pflegezentrum Johannesstift steht unter der Trägerschaft des Diakonischen Werkes Landshut e.V. und ist dem Diakonischen Werk der Evangelisch- Lutherischen Kirche in Bayern angeschlossen. Die moderne Wohnanlage wurde 1997 gebaut und ist in den „Pflegebereich“ und „Betreutes Wohnen“ unterteilt. Der Pflegebereich ist in drei Wohnbereiche überschaubar aufgeteilt und mit folgenden Anlagen ausgestattet:

- einer große Grünanlage, die mit Bänken zum Ausruhen und Verweilen einlädt
- einem großen Garten/Innenhof mit Sitzgelegenheiten
- einem großen Speisesaal/Aufenthaltsraum in dem auch Veranstaltungen stattfinden wie z.B. monatliche Feste, Geburtstagsfeier, Gesellschaftsspiele usw.
- einem großen Aufenthaltsraum/Speisesaal auf jedem Wohnbereich
- einem Therapie- und Beschäftigungsraum
- einem Andachtsraum
- einem kleinen Gymnastikraum
- einem Bierstüberl
- einem Fahrstuhl für Bewohner und Angehörige

Alle Räume und Anlagen mit Ausnahme der Wirtschafts- und Personalräume stehen allen Bewohnern und deren Besuchern zur Nutzung offen.

---

1 gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsgesetz (WBVG)

Die Seniorenwohnanlage Johannesstift liegt im Zentrum der Gemeinde Altdorf bei Landshut. Eine Bushaltestelle, mit Anbindung zu allen wichtigen Anfahrtspunkten, z.B. zum Stadtzentrum Landshut, liegt in unmittelbarer Nähe. Einkaufsmöglichkeiten, Arztpraxen, Banken, befinden sich nur wenige Gehminuten entfernt. Das Seniorenheim verfügt über ausreichende Parkmöglichkeiten.

2. Ausführliche Informationen über das Johannesstift finden Sie auch auf unserer Internetseite: [www.diakonie-landshut.de](http://www.diakonie-landshut.de)

3. Die Ergebnisse der letzten Qualitätsprüfung nach § 115 SGB XI finden sie auf folgender Homepage: [www.pflege-navigator.de](http://www.pflege-navigator.de)

## II. Unser Leistungsangebot

### 1. Wohnen

Das Doppelzimmer verfügt über eine Größe von 25,48 qm und das Einzelzimmer über 22,66 qm bzw. ebenfalls 25,48 qm. Die Zimmer haben folgende Innenausstattung:

- Pflegebett
- Kleiderschrank
- Nachttisch
- 1 Tisch und 2 Stühle
- Telefonanschluss, Kabelanschluss
- Hausnotrufanlage
- Nachtlampe
- Bad mit Dusche / WC

Sie können weitere eigene Möbel und andere Einrichtungsgegenstände für Ihren Privatbereich mitbringen. In welchem Umfang dies im Einzelnen möglich ist, besprechen Sie bitte vorher mit unserer Verwaltung. Kleintiere können mitgebracht werden; bitte sprechen Sie uns dazu an.

### 2. Verpflegung

Aufgabe unseres Caterers der Küche ist es, Mahlzeiten nach ernährungswissenschaftlichen Erkenntnissen unter Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu bereiten und so zu präsentieren und zu servieren, dass Sie in einer kultivierten Atmosphäre Ihre Mahlzeiten einnehmen können.

Bei Behinderung und Krankheit wird auf besondere Bedürfnisse Rücksicht genommen und Ihren Fähigkeiten und Gewohnheiten Rechnung getragen.

Wir bieten folgende im Entgelt enthaltene Mahlzeiten an:

- Frühstück
- Mittagessen (zwei Gerichte zur Wahl)
- Abendessen mit Wahlkomponenten
- Zwischenmahlzeit
- Kaffee und Kuchen

Getränke (Wasser, Kaffee, Tee, Saft) zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs sind jederzeit erhältlich. Bei Bedarf werden leichte Vollkost oder Diäten nach ärztlicher Verordnung besonders für Sie zubereitet.

Gäste von Bewohnerinnen und Bewohnern sind bei rechtzeitiger Anmeldung zu allen Mahlzeiten willkommen (Preise für Gästeessen derzeit: Frühstück 3,40 €, Mittagessen 6,80 €, Abendessen 4,70 €).

### 3. Pflege

Die Leistungen der allgemeinen Pflege werden nach dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse erbracht. Unser Pflegekonzept sieht vor, dass Selbstbestimmung, Stärkung der Eigenverantwortung und Förderung der noch möglichen Fähigkeiten unserer Bewohner/innen das Zentrum unseres Handelns bilden.

Die Planung der Pflege erfolgt möglichst mit Ihnen gemeinsam oder einer Person Ihres Vertrauens. Umfang und Inhalt der Pflege ergeben sich aus der jeweiligen Zuordnung zu einem Pflegegrad.

Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen Ihrem veränderten Bedarf an. Führt ein veränderter Pflegebedarf dazu, dass für Sie ein anderer Pflegegrad zutrifft, werden wir, mit Ihrem Einverständnis, Ihre Pflegekasse informieren.

Über den Pflegegrad der Pflegebedürftigkeit entscheidet die Pflegekasse entsprechend der Empfehlung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Es kann vorkommen, dass bei Änderungen Ihres Pflegebedarfs die Pflege- und Betreuung in der Einrichtung nicht fortgesetzt werden. Die Einrichtung kann aufgrund ihres Leistungsangebotes, Bauweise und Vereinbarung in LQM die Pflege dann nicht mehr erbringen, wenn der Pflegebedarf sich soweit verändert, dass Weglauftendenz vorliegt, da wir keine beschützende Einrichtung sind oder dauerhaft beatmete Menschen, da wir keine 24 Stunden Intensivpflege anbieten können; ebenso bei sehbehinderten und blinden Personen, da das Heim nicht über die technischen und baulichen Voraussetzungen verfügt. Die Einrichtung ist in diesem Fall berechtigt, den Vertrag auch ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen.<sup>2</sup>

Bei einem Einzug sind Ihre Pflegehilfsmittel (z. B. Rollstuhl, Gehwagen, Toilettenstuhl, Gehhilfen etc.), Ihre Medikamente sowie Ihre Krankenversicherungskarte mitzubringen. Falls Hilfsmittel noch beantragt werden müssen, beraten wir Sie gerne.

<sup>2</sup> Der Leistungsausschluss muss nach § 3 Abs. 3 Nr. 5 WBG in hervorgehobener Form erfolgen und auch im Vertrag von Anfang an vereinbart werden!



#### 4. Zusätzliche Betreuungsleistungen

Wenn Sie einen erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung haben und Ihre Pflegekasse dies feststellt, bieten wir Ihnen zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch zusätzliche Mitarbeiter an. Die Kosten werden allein von der Pflegekasse getragen! (§ 87b SGB XI)

#### 5. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege

Wir erbringen auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege, soweit sie nicht vom behandelnden Arzt erbracht werden.

Diese Leistungen werden im Rahmen der ärztlichen Behandlung entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Bei dauerhaftem besonders hohem Bedarf an medizinischer Behandlungspflege besteht auf diese ein Anspruch nur gegenüber der Krankenversicherung,  
§ 37 Abs. 2 S. 3 SGB V.

Die Versorgung mit den notwendigen Medikamenten erfolgt durch örtliche Apotheken - bei freier Apothekenwahl. Durch Kooperation mit einer Apotheke können wir Ihnen einen erweiterten kostenfreien Apothekenservice (Frei-Haus-Lieferung der Medikamente) anbieten.

Wir übernehmen auf Ihren Wunsch die Bestellung sowie die Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente. Die freie Arztwahl wird garantiert. Wir sind Ihnen aber auf Wunsch gerne bei der Vermittlung ärztlicher Hilfe behilflich.

#### 6. Leistungen der Sozialen Betreuung

Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geben Ihnen die notwendigen Hilfen bei der Gestaltung Ihres Lebensraums und bei der Orientierung in Ihrem neuen Zuhause. Sie tragen auch Sorge, dass Sie Gelegenheit haben, an kulturellen, religiösen und sozialen Angeboten teilzunehmen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stehen Ihnen, Ihren Angehörigen oder anderen Vertrauenspersonen für Einzelgespräche und Beratung zur Verfügung. Die Beratungsinhalte unterliegen der Schweigepflicht, wenn Sie die Mitarbeiter nicht von der Schweigepflicht entbinden.

Wir bieten spezielle Freizeitangebote und kulturelle Veranstaltungen an. Sie werden an der Programmgestaltung beteiligt.

Für die Freizeit und Kulturangebote wird in der Regel kein gesondertes Entgelt erhoben. Besonders kostenintensive Veranstaltungen können gegen Entgelt besucht werden. Die Entgelte werden bei der Ausschreibung der Veranstaltung bekannt gegeben.

#### 7. Leistungen der Haustechnik

Die Mitarbeitenden der Haustechnik sind verantwortlich für die Sicherstellung der Funktionstüchtigkeit aller haus- und betriebstechnischen Anlagen der Einrichtung.

Zu den Aufgaben gehört auch die Hilfestellung bei der Gestaltung und Erhaltung Ihres persönlichen Wohnraumes, falls Sie oder Ihnen nahestehende Personen dies nicht erledigen können. Hilfestellungen und Dienste beim Ein- und Auszug können wir Ihnen gerne vermitteln.

#### 8. Leistungen der Verwaltung

Die Mitarbeitenden in der Verwaltung sind verpflichtet, Sie oder Ihre Angehörigen in Fragen der Kostenabrechnung und im Umgang mit Kassen und Behörden zu beraten.

Wir können Ihnen auch bei der Verwendung und Verwaltung Ihres Barbetrages in Rahmen unserer kostenlosen Zusatzleistungen behilflich sein. Jede Ausgabe wird dann dokumentiert, die bestimmungsgemäße Verwendung wird zentral geprüft und kann Ihnen oder Ihrem Beauftragen jederzeit belegt werden.

Falls Ihr/e Angehörige/r nicht mehr selbstständig seine / ihre Angelegenheiten (z. B. Vermögenssorge, Gesundheitsfürsorge, Aufenthaltsbestimmung etc.) regeln kann, ist vor der Aufnahme beim zuständigen Amtsgericht eine Betreuung zu beantragen - oder wenn möglich eine Vorsorgevollmacht auszustellen. Vorlagen können Sie bei unserer Verwaltung anfragen.

### III. Heimentgelt

Die Entgelte werden ausschließlich in Verhandlungen zwischen den öffentlichen Leistungsträgern (Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) und dem Einrichtungsträger festgelegt. Die Entgelte für Investitionsaufwendungen sind von der Regierung genehmigt.

Die Entgeltbestandteile und aktuellen Entgelte sind zurzeit pro Tag:

#### Übersicht Heimentgelte Johannesstift ab 01.01.2024

Pflege-grad	Pflege-kosten	Unterkunfts-kosten	Verpflegungs-kosten	Investitions-kosten	Ausbildungs-umlage	Tagessatz in €
1	60,58	11,69	13,54	11,54	2,99	100,34
2	74,34	11,69	13,54	11,54	2,99	114,10
3	90,51	11,69	13,54	11,54	2,99	130,27
4	107,38	11,69	13,54	11,54	2,99	147,14
5	114,94	11,69	13,54	11,54	2,99	154,70
<b>Eigenanteil bei Kurzzeitpflege</b>						<b>36,77</b>

Rechnungsbeispiele (durchschnitt 30,42 Tage/Monat)

	Tagessatz	x 30,42	-Pflegegeld	Eigenanteil
Pflegegrad 1	100,85	3067,86	125,00	2942,86
Pflegegrad 2	114,61	3486,44	770,00	2716,44
Pflegegrad 3	130,78	3978,33	1262,00	2716,33
Pflegegrad 4	147,65	4491,51	1775,00	2716,51
Pflegegrad 5	155,21	4721,49	2005,00	2716,49
<b>EZ-Zuschl.</b>	5,16	156,97		

Aufgrund der Pflegereform 2022 gewähren die Pflegekassen allen Pflegebedürftigen der Pflegegrade 2 – 5 einen monatlichen Leistungszuschlag ab Januar 2022.

Gestaffelt nach der Dauer des vollstationären Heimaufenthalts,

beträgt dieser ab 01.01.2024 im 1. Jahr 15 %

im 2. Jahr 30 %

im 3. Jahr 50 %

ab dem 4. Jahr 75 %

des pflegebedingten Eigenanteils (inkl. Ausbildungsumlage) der Pflegebedürftigen.

Dieser Betrag wird den Bewohnern von den mtl. Eigenleistungen abgezogen und von den Pflegekassen zusätzlich zum Pflegegeld übernommen.

Voraussetzung für die Leistungen der Pflegekasse ab dem 01. Juli 1996

- Stellen Sie - vor dem Einzug ins Altenpflegeheim - bei Ihrer Pflegekasse den Antrag auf Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Sollten Sie mit der Zuordnung zu einer Pflegegrad durch die Pflegekassen nicht einverstanden sein, könnten sie Widerspruch einlegen. Wir empfehlen Ihnen in jedem Fall, vor diesem Schritt Kontakt mit der Pflegedienstleitung oder Wohnbereichsleitung aufzunehmen.
- Unser Altenpflegeheim ist zugelassen und hat einen Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen.

Wenn Ihr Einkommen nicht ausreicht....

...um nach Abzug der Pflegeversicherungsleistung die Heimkosten zu bezahlen:

- Stellen Sie vor der Heimaufnahme beim Bezirk Sozialhilfeverwaltung, Am Lurzenhof 15, 84036 Landshut - einen Antrag auf erweiterte Hilfe nach § 29 BSGHG (Antrag auf Übernahme der restlichen Heimkosten). Legen Sie der Sozialhilfeverwaltung den Einstufungsbescheid Ihrer Pflegekasse und die Rentenbescheide vor. Vor Ihrem Einzug in das Heim muss die Sozialhilfeverwaltung der Kostenübernahme schriftlich oder telefonisch zustimmen.
- Das Heimentgelt wird in diesem Fall folgendermaßen finanziert: Heimentgelt = Leistung der Pflegekasse + Einkommen des Bewohners + Restfinanzierung durch das Sozialamt

Kurzzeitpflege

- Im Rahmen der Kurzzeitpflege mit sogenannten eingestreuten Plätzen können Sie Ihre Angehörigen bei uns unterbringen. Der Aufenthalt in einem 2-Bett Zimmer kostet **täglich 36,77 €**. Die Pflegekosten der entsprechenden Einstufung rechnen wir mit den Pflegekassen direkt ab.
- Bitte stellen Sie den Antrag auf Kurzzeitpflege vor Aufenthaltsbeginn bei der Pflegekasse.
- Bringen Sie bitte ausreichend Wäsche für den Bewohner mit und ggf. Inkontinenz-Einlagen sowie benötigte Medikamente und -ganz wichtig- die Krankenversicherungskarte.

## 2. Entgelterhöhungen

Preisänderungen lassen sich leider nicht ausschließen. Zu einer Änderung kann es dann kommen, wenn Ihr individueller Betreuungs- und Pflegebedarf sich so verändert, dass Ihre Pflegekasse für Sie ein niedriger oder höherer Pflegegrad feststellt und wir Sie rechtzeitig über diese Möglichkeit informiert haben.

Daneben gibt es noch die „allgemeine“ Preiserhöhung. Die oben aufgeführten Entgelte werden immer für einen bestimmten Zeitraum zwischen dem Einrichtungsträger, den Pflegekassen und den Sozialhilfeträgern vereinbart. Nach Ablauf dieses Zeitraums können die Sätze neu verhandelt werden. Sind unsere Einkaufspreise oder die Personalkosten nachweislich gestiegen oder ist eine Steigerung absehbar, können unsere Verhandlungspartner einer Erhöhung der Entgelte zustimmen.

Das Entgelt für Investitionsaufwendungen kann angehoben werden, wenn Investitionen betriebsnotwendig und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt sind und das erhöhte Entgelt sowie die Erhöhung für sich genommen angemessen sind. Eine beabsichtigte Erhöhung muss Ihnen vier Wochen vorher schriftlich angekündigt und begründet werden. Sie erhalten Gelegenheit, die Angaben zur Erhöhung zu überprüfen.

## 3. Zusätzliche Leistungen

In unserer Einrichtung können Sie zusätzlich besondere Komfortleistungen und andere Angebote (Service gegen Entgelt) wählen. Eine persönliche oder telefonische Beratung hierzu erhalten Sie bei der Heimverwaltung.

## 4. Ansprechpartner

Wir sind Ihre Ansprechpartner für alle Fragen rund um das Johannesstift:

- Karin Schobel, Verwaltung
- Florian Ring, Einrichtungsleiter

Wir sind für Sie erreichbar unter:

Tel. Nr.: 0871 93251-0 oder per E-Mail unter [jst@diakonie-landshut.de](mailto:jst@diakonie-landshut.de). Weitere Informationen erhalten Sie auf unserer Homepage [www.diakonie-landshut.de](http://www.diakonie-landshut.de).

Mit freundlichen Grüßen

*Florian Ring*  
Einrichtungsleitung

- Johannesstift Altdorf -  
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 93251-0 • Fax: 0871 93251-77  
E-Mail: jst@diakonie-landshut.de

## Aufnahmeantrag

Pflege: \_\_\_\_\_  Vollstationär  Kurzzeitpflege

### Angaben zur Person:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

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

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

**Konfession:**  Kath.  Evang.  .....

Wünschen Sie eine besondere konfessionelle Betreuung?  Ja  Nein

**Nennen Sie uns bitte zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:**

1.Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

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

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

2.Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beziehung: \_\_\_\_\_

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

Tel. Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Betreuer: \_\_\_\_\_  gesetzl.

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_  
Ärztliches Attest:  liegt bei  wird nachgereicht

**Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:**

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: \_\_\_\_\_ beitragsbefreit:   
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ privat versichert:   
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ pflichtversichert:   
Telefon: \_\_\_\_\_ zusätzlich privat versich.:   
Telefax: \_\_\_\_\_ Med. Zuzahlung befreit?  Ja  Nein  
AOK  BEK  DAK  KKH  TKK  Andere: \_\_\_\_\_

Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegekasse?  Ja  Nein

Mitglieds-Nr. Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: 1  2  3  4  5

Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt am: \_\_\_\_\_

**Aufnahme:**

Gewünschte Unterbringung:  Einbettzimmer  Zweibettzimmer  
Gewünschter Termin zur Aufnahme:  vorsorglich  zum Datum  
Kostenträger:  Selbstzahler  Sozialhilfe

Sonstige Hinweise  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

- Johannesstift Altdorf -  
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7

**ÄRZTLICHE BEURTEILUNG**  
Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

<b>1. Persönliche Angaben:</b>			
Vor- und Zuname: _____		Geburtsdatum: _____	
Straße: _____		Postleitzahl: _____ Ort: _____	
<b>2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:</b>			
<input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich	<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Lungen Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Dauerausscheider
<input type="checkbox"/> Allergie gegen:.....	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Parkinson	
<b>3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:</b>			
<b>Lähmungen:</b>	<b>Versteifungen</b>	<b>Versteifungen:</b>	<b>Amputationen:</b>
re li	re li	re li	re li
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Finger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ellenbogen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Amputationen</b>	<input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand/Finger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zehen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>4. Orientierungsvermögen und Verhalten:</b>			
<b>Orientierungsvermögen:</b>	<b>Verhalten:</b>		<b>Gemütsstimmung:</b>
da zw	da zw		da zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neigung z. Weglaufen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> freundlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Depressionen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> willig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Halluzinationen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> verdrießlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> gemeingefährlich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bössartig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Suizidgefahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>5. Behinderungen und Störungen:</b>			
Geistige Behinderung, Art: _____		<b>Sinnesbehinderung:</b>	
Körperliche Behinderung, Art: _____		<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> erblindet <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Eingeschränkt. Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Brillenträger	<input type="checkbox"/> ertaubt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>6. Suchtabhängigkeit:</b>			
<input type="checkbox"/> Alkohol		<input type="checkbox"/> Medikamente:	
<b>7. An Hilfsmitteln werden benutzt:</b>			
<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Krankenfahrrstuhl	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<b>8. Fremde Hilfe ist nötig beim:</b>			
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Fahren im Krankenfahrrstuhl
<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/> .....
<b>9. Letzte stationäre Behandlung:</b>			
<input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus, psychische Abteilung:		
Datum: _____	Ort: _____	Grund: _____	
<b>10. Diagnosen:</b>			
<b>11. Medikamentöse Therapie:</b>			
<b>12. Ernährung:</b>			
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Zuckerdät	<input type="checkbox"/> Leichte Kost (salzarm)	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
<b>13. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4, IfSG</b>			
<input type="checkbox"/> Der Patient ist frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane (gemäß IfSG § 36 Abs 4)			
<b>14. Ergänzende Anmerkungen:</b>			

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Stempel und Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an die obenstehende Anschrift  
Zutreffendes bitte  ankreuzen Abkürzungen: **da**= dauernd, **re**= rechts, **li**= links, **zw**= zeitweilig  
Die Angaben werden vertraulich behandelt.



**- Johannesstift Altdorf -**

Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf  
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7  
E-Mail: jst@diakonie-landshut.de

## *Erforderliche Sachen zum Einzug*

Mit dem Einzug in unser Haus und der damit verbundenen räumlichen Veränderung müssen sie sich leider von vielen Sachen trennen. Um Ihnen die Auswahl der mitzubringenden Sachen zu erleichtern, haben wir eine Liste für sie zusammengestellt.

- **Unbedingt mitbringen: Krankenversicherungskarte.**
- **Bei Kurzzeitpflege außerdem: Medikamente und Inkontinenzmaterial. Die medizinische Versorgung bei Kurzzeitpflege muss mit dem Hausarzt abgeklärt sein.**

### 1. Kleidung (muss waschmaschinen- und trocknergeeignet sein) z. B.:

Bequeme Kleider, Röcke, Pullis, Jacken	Nachthemden/Pyjamas
Mäntel (Sommer / Winter)	Strickjacken
Unterwäsche	Kniestrümpfe
Strumpfhosen, Socken	Geschlossene Hausschuhe mit Reißverschluss
Morgenmantel	Hosen mit Gummizug

Bett- und Frotteewäsche wird vom Haus gestellt, aus organisatorisch-technischen Gründen ist es leider nicht möglich, private Bett- und Frotteewäsche zu waschen.

### 2. Schuhe

- Hausschuhe mit rutschfester Sohle
- Straßenschuhe

### 3. Hygieneartikel

- Zahnbürste, Zahnpasta, Mundwasser, für Gebissträger zusätzlich: Zahnprothesedose, Reinigungstabletten, ggf. Haftcreme
- Haarshampoo, Kamm und Haarbürste
- Nagelfeilen und -Schere, Nagelbürste
- Duschgel, Badezusatz, Deo, Waschlotion, (Bitte achten Sie auf ph-neutrale Produkte).
- Handcreme, Gesichtscreme, Körperlotion (W/O-Emulsion z.B. Nivea blau), persönliche Kosmetika (z.B. Parfüm)
- Rasierapparat, Rasierwasser oder -lotion
- Kulturbeutel und kleine Reisetasche für einen eventuellen Kur- oder Krankenhausaufenthalt

### 4. Möbel und Bilder

Die Einzelzimmer können mit eigenen Möbeln (Sideboard, Tisch, Sofa usw.) und Bildern wohnlich gestaltet werden. Im Doppelzimmer ist dies nur begrenzt möglich, in dem Fall berät Sie die Stationsleitung. Wertsachen sollen im Schranksafe verwahrt werden da das Heim keine Haftung dafür übernimmt.

*Vielen Dank für Ihre Mühe*