

Name, Vorname: 0

1. Verwahrgeldkonto (Barbetragsverwaltung)

nein

ja: Die Einrichtung hat die Befugnis, das Verwahrgeldkonto / den Barbetrag **in meinem Interesse** zu verwalten.

Auch bevollmächtige ich Herrn/Frau _____,
in meinem Interesse über das Verwahrgeldkonto zu verfügen.

Mein alleiniges uneingeschränktes Verfügungsrecht wird hierdurch nicht berührt.

ja: Die Einrichtung hat die Befugnis, das Verwahrgeldkonto / den Barbetrag **im Interesse meines / meiner Betreuerin** zu verwalten.

Auch bevollmächtige ich Herrn/Frau _____,
im Interesse meines / meiner Betreuerin über das Verwahrgeldkonto zu verfügen.

Eine ausreichende Deckung des Verwahrgeldkontos muss stets gewährleistet sein.
Die Verwaltung ist unentgeltlich. Die Abrechnung erfolgt im vierteljährlichen Rhythmus.

Die Einrichtung ist bevollmächtigt, folgende externe Lieferungen und Leistungen über das Verwahrgeldkonto zu buchen (bitte ankreuzen):

- Fußpflege/Maniküre
- Frisör
- Körperpflegemittel
- Apothekenabrechnung
- Massage

- Krankengymnastik
- Wäschezeichen
- zusätzliche Getränke (z.B.: Wein, Bier)
- chemische Reinigung
- Sonstiges:

2. Postvollmacht

Ich bevollmächtige die Verwaltung der Einrichtung, die Post anzunehmen und durch Beschäftigte an mich oder eine rechtliche Betreuerin / einen rechtlichen Betreuer, Bevollmächtigte / Bevollmächtigten weiter zu leiten.

3. Ich bin damit einverstanden, dass mein Geburtstag in der hausinternen Zeitung "Seniorenpost" veröffentlicht wird.

Mainz, _____
Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

Erklärung des Bewohners / der Bewohnerin über die Versorgung mit Medikamenten

Name, Vorname:

Adresse: **Altenauergasse 7, 55116 Mainz** Bereich: **GBK**

Geburtstag:

Krankenkasse:

Befreit von Zuzahlungen: befreit bis: nein

Hausarzt Adresse / Telefon:

Betreuer/in (soweit bestellt):

Name, Vorname:

Adresse / Telefon:

Hiermit beauftrage ich die jeweilige Liefer-Apotheke, die Medikamente (gemäß Verordnung bzw. frei- und apothekenpflichtige Medikamente) zu liefern.

Falls es mir oder einer von mir beauftragten Person nicht möglich ist, die Verordnung einzulösen, kann auch die Einrichtung bzw. eine dort beauftragte Person die Verordnung einlösen.

Mir ist bekannt, dass ich das freie Wahlrecht meiner versorgenden Apotheke habe und diese Vereinbarung jederzeit widerrufen kann.

Ich stimme zu, dass verfallene, nicht mehr benötigte oder nicht einwandfreie Arzneimittel ordnungsgemäß durch die Apotheke entsorgt werden.

Datenschutz:

Die aus dieser Erklärung resultierenden Daten werden nur im Rahmen der pharmazeutischen Betreuung und nur für Gesundheitsprobleme verwendet. Es findet kein Datenaustausch und anderweitige Verwendung statt.

Mainz, _____
Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

Name, Vorname: 0

Einwilligung der Datenweitergabe zur Abrechnung

Ich bin einverstanden, dass unter Entbindung von der Schweigepflicht - folgende Daten:

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, letzter Wohnort, Angehörige / Betreuer mit Wirkungskreisen, Aufnahmedatum, Versicherungsnummer, Auszug oder Abwesenheiten, Pflegestufe, Zimmerart, Aktenzeichen

und deren Aktualisierung

zum Zweck der Abrechnung

an folgende Personen bzw. Institutionen widerruflich weitergegeben werden:

- Leistungsabrechnung, wenn sie nicht einmündig erfolgt
- zuständige Pflege- und Krankenkassen
- Träger der Sozialhilfe

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs auch Auswirkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

Mainz,

_____ Datum

_____ Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

Name, Vorname: 0

Einwilligung zur Datenweitergabe

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich bin einverstanden, dass – unter Entbindung von der Schweigepflicht -

die behandelnden Ärzte

Einblick in die Pflegedokumentation und Arztberichte einschließlich Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung

zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten,

der Medizinische Dienst der Krankenkassen

Einsicht in die Pflegedokumentation und deren Aktualisierung

zum Zweck der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhält;

Therapeuten (Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc.)

Beobachtungsdaten, Pflegebericht und deren Aktualisierung mündlich mitgeteilt werden

zum Zweck der therapeutischen Behandlung.

Diese Einwilligung kann jederzeit in Textform widerrufen werden. Im Fall des Widerrufs können je nach Adressat des Widerrufs Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile entstehen.

Mainz, _____

Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

Name, Vorname: 0

Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen

(1) Ich bin einverstanden, dass das Mainzer Altenheim folgende Daten bei mir erhebt, speichert und aktualisiert, um eine Bewohnerdokumentation zu führen:

- Stammdaten (Name, Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Konfession, Familienstand, letzter Wohnort)
- biografische Daten (Lebensgeschichte, Gewohnheiten, besondere Fähigkeiten, Abneigungen, Tabus)
- Arztberichte inklusive Diagnosen und Befunde
- Anamnese-Dokumentation
- Pflegeplanung
 - Pflegeprobleme
 - Ressourcen
 - Pflegeziele
 - Pflegemaßnahmen (Grundpflege, hauswirtschaftliche Betreuung, ärztlich verordnete Behandlungspflege, ärztlich verordnete Medikamente, Psychosoziale Betreuung)
- Pflegedokumentation (schriftlich und fotografisch)
 - Leistungsnachweise der Pflege
 - Bewohnerberichte
 - Leistungsnachweise in medizinischer, therapeutischer und psychosozialer Betreuung
 - Einfuhr-/Ausfuhr-Bilanz bei Bedarf
 - Mund-, Stuhl- und Lagerungs-Pläne/Protokolle bei Bedarf
 - Dokumentation zu allen erforderlichen Prophylaxen, z.B. Dekubitus, Sturz, Kontraktionen, Soor
 - Wunddokumentation (Nortonskala/Wunddokumentation)
 - Sturzdokumentation (Sturzskala/Sturzprotokolle)
 - Dokumentation freiheitsentziehender Maßnahmen inklusive Genehmigung
 - Evaluation des Pflegeprozesses inklusive Auswertung / Darstellung

(2)

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Ich bin darüber informiert worden, dass für den Fall des Widerrufs der Einverständniserklärung unter Umständen Einschränkungen in meiner Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen können.

Mainz,

Datum

Stand: 01/2017

Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

Name, Vorname: 0

Einwilligung betreffend fotografische Aufnahmen (außerhalb pflegerischer Dokumentationszwecke)

- (1)** Ich bin damit einverstanden, dass die Mainzer Alten- und Wohnheime gGmbH auch außerhalb pflegerischer Dokumentationszwecke Aufnahmen von mir, unter anderem bei Veranstaltungen der Einrichtung, freigeben und zu internen Zwecken sowie im Zusammenhang mit Öffentlichkeitsarbeit (etwa für die Heimzeitschrift, die Webseite oder für Informations-Broschüren) veröffentlichen und verbreiten darf. Die Gestattung erfolgt unentgeltlich.
- (2)** Die Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf gilt mit Wirkung für die Zukunft nicht erfasste bereits gedruckte Darstellungen. Die auf der Homepage zusätzlich gemachten Inhalte erfasst der Widerruf nur, soweit die Widerrufserklärung hierauf ausdrücklich Bezug nimmt.

Mainz, _____
Datum

Unterschrift Bewohner/in bzw.
Betreuer/in / Bevollmächtigte/r