

**Schön, dass Sie sich für uns interessieren.**

Guten Tag,

Sie suchen einen Pflegeplatz für sich oder Angehörige und stehen vor wichtigen Entscheidungen. Unsere Informationsmappe enthält alle notwendigen Unterlagen für den Einzug in eine Wohnen & Pflegen Einrichtung. Viele dieser Dokumente sind gesetzlich vorgeschrieben.

Zögern Sie nicht, unser Belegungsmanagement für Beratung und Hilfe beim Ausfüllen der Dokumente zu kontaktieren. Diese Dokumente helfen uns auch, Sie und Ihre Bedürfnisse besser kennenzulernen.

Als christlicher Träger legen wir großen Wert auf qualitativ hochwertige Pflege und einen wertschätzenden Umgang. Wir möchten, dass Sie sich bei uns wohl und geborgen fühlen.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei diesen Entscheidungen und freue mich, Sie oder Ihre Angehörigen in unserem Haus willkommen zu heißen.

Alles Gute – herzliche Grüße



Birgit Strack  
Geschäftsführung  
HDV gemeinnützige GmbH  
WOHNEN & PFLEGEN





**AGAPLESION**

® Unsere Werte verbinden

# Unser Pflegeleitbild

Das AGAPLESION Pflegeleitbild bildet die Grundlage unseres Handelns in der Pflege und Betreuung. Es ist für alle Mitarbeitenden der AGAPLESION Wohnen & Pflegen Einrichtungen verbindlich.

## Lebensqualität

Es ist unser Bestreben, Ihnen ein hohes Maß an Geborgenheit und Sicherheit zu bieten. Durch kulturelle, soziale, therapeutische und seelsorgerische Angebote ermöglichen wir Ihnen, Ihr Leben aktiv und selbstbestimmt zu gestalten.

## Pflegeverständnis

Geprägt durch unser christliches Menschenbild orientiert sich unsere Pflege an Ihren Ressourcen und Bedürfnissen. Durch Kenntnis Ihrer Biografie ist es uns möglich, Ihre Wünsche und Gewohnheiten zu beachten. Gemeinsam mit Ihnen fördern wir die Erhaltung Ihrer Selbstständigkeit.

## Vernetzung

Wir integrieren unsere Arbeit in ein Netz von Partnerschaften und können Ihnen somit eine umfassende Pflege und Betreuung anbieten.

## Begleitung

Wir begrüßen Ihre engagierten Angehörigen und unterstützen Ihren Wunsch sie einzubinden. Wir bieten Ihnen Raum für Austausch und Begegnung. Durch regelmäßige Treffen, Gesprächsangebote und Teilnahme an Veranstaltungen festigen wir die Beziehungen. Auf Ihrem letzten Lebensweg sind wir gemeinsam für Sie und Ihre Angehörigen da.



## Anmeldung

☐ **Kurzzeitpflege** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ☐ **Verhinderungspflege** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

☐ **Dauerpflege** ab \_\_\_\_\_ (bei befristeten Verträgen bis: \_\_\_\_\_)

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_ Geborene \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Konfession<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Falls zutreffend: Rechnungsempfänger ☐

### Derzeitiger Wohnsitz

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### 1.) Betreuer/Bevollmächtigter mit folgenden Aufgabenkreisen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Vorsorgevollmacht<sup>2</sup> ☐ gesetzliche Betreuung<sup>2</sup> ☐

☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögenssorge  
☐ Vertretung vor Behörden ☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Postangelegenheiten

Falls zutreffend: Rechnungsempfänger ☐

### 2.) Betreuer/Bevollmächtigter mit folgenden Aufgabenkreisen

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/ Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Vorsorgevollmacht<sup>2</sup> ☐ gesetzliche Betreuung<sup>2</sup> ☐

☐ Gesundheitssorge ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Vermögenssorge  
☐ Vertretung vor Behörden ☐ Wohnungsangelegenheiten ☐ Postangelegenheiten

Falls zutreffend: Rechnungsempfänger ☐



## Hausarzt :

Praxis: \_\_\_\_\_ Vor- u. Nachname des Arztes<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## Facharzt:

Praxis: \_\_\_\_\_ Vor- u. Nachname des Arztes<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift Krankenkasse \_\_\_\_\_

## Finanzen :

☐ Die Einkünfte reichen für die Bezahlung der Kosten (Selbstzahler)

☐ Ich beziehe Sozialhilfe bzw. rechne mit Hilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz

zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Rentenstelle: \_\_\_\_\_

Nur bei Anmeldung für stationäre Pflege

Bitte Rentenbescheid in Kopie beifügen (z.B. Alters-, Betriebs-, Witwenrente)

## Sonstiges:

Beihilfeberechtigung<sup>2</sup> ja ☐ wenn ja, Beihilfe Prozent \_\_\_\_\_ nein ☐

Rezeptgebührenbefreiung<sup>2</sup> ja ☐ nein ☐

Pflegegrad liegt vor<sup>2</sup> ja ☐ seit: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_ nein ☐

Höherstufung des Pflegegrades beantragt<sup>2</sup> ja ☐ am: \_\_\_\_\_ nein ☐

Vorläufige Einstufung in Pflegegrad beantragt ja ☐ am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_ nein ☐

Wurden in diesem Jahr bereits Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Kurzzeitpflege ja ☐ Wenn ja, \_\_\_\_ (Tage), \_\_\_\_\_ € (Betrag) nein ☐

Verhinderungspflege ja ☐ Wenn ja, \_\_\_\_ (Tage), \_\_\_\_\_ € (Betrag) nein ☐

## Vorsorge:

Patientenverfügung<sup>1,2</sup> ja ☐ nein ☐ Vorsorgevollmacht<sup>2</sup> ja ☐ nein ☐ Bestattungsvorsorge<sup>1</sup> ja ☐ nein ☐

Bemerkungen: Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß bzw. kreuzen Zutreffendes an. Wir versichern, dass Ihre persönlichen Daten im Sinne des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland geschützt und vertraulich behandelt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

<sup>1</sup> Angaben sind optional.

<sup>2</sup> Unter Vorlage des Originals bitten wir um Übergabe einer Kopie

### Ärztlicher Fragebogen

**Behandelnder Arzt** Vor- und Nachname

Praxis- / Einrichtungsstempel / Telefon

**Patient** Vor- und Nachname

Geburtsdatum

AGAPLESION

Aufnehmende Einrichtung

Telefon/Fax

#### Bestätigung des Arztes nach § 35 (5) Infektionsschutzgesetz

Personen, die in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen werden sollen, haben der Einrichtung vor ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate zurückliegen

**Hat der Patient Anzeichen auf eine ansteckende Krankheit, (Lungentuberkulose oder sonstige meldepflichtige Krankheiten)?**      nein ☐      ja ☐

**Ansteckende Krankheiten / Infektionen:**    ☐ MRSA / ORSA    ☐ Hepatitis    ☐ HIV

**Sonstige (z.B. SARS-CoV-2)** \_\_\_\_\_

| ICD-10-Code | Diagnose | Datum der Diagnosestellung |
|-------------|----------|----------------------------|
|             |          |                            |

**Übersicht der Diagnosen mit Datum der Diagnosestellung beigelegt** ☐

**Aktueller Medikamentenplan beigelegt** ☐

**Allergien / Unverträglichkeiten:** \_\_\_\_\_

**Wunden:**      nein ☐ ja ☐, welche:

(bitte Wundbeschreibung und Verordnung beifügen)

|                        |                               |                             |                            |
|------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Sehstörungen</b>    | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ (li, re, bds.)       |
| <b>Hörstörungen</b>    | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____ (li, re, bds.)       |
| <b>Sprachstörungen</b> | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____                      |
| <b>Hilfsmittel</b>     | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | _____                      |
| <b>Dauerkatheter</b>   | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> | Größe      letzter Wechsel |
| <b>Stoma/Anus</b>      | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |                            |
| <b>Praeter</b>         | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |                            |
| <b>PEG vorhanden</b>   | nein <input type="checkbox"/> | ja <input type="checkbox"/> |                            |



## Erforderliche Therapien:

Physiotherapie      nein ☐ ja ☐ , wenn ja, Rezept ausgestellt und mitgegeben ja ☐  
Logopädie          nein ☐ ja ☐ , wenn ja, Rezept ausgestellt und mitgegeben ja ☐  
Palliative Versorgung nein ☐ ja ☐ , wenn ja, Rezept ausgestellt und mitgegeben ja ☐  
Sonstiges          nein ☐ ja ☐ , wenn ja, was \_\_\_\_\_ (Rezept)  
Rezept ausgestellt und mitgegeben ja ☐

## Folge-Untersuchungstermine:

nein ☐ ja ☐ , wenn ja, wann und wo: \_\_\_\_\_  
Transportschein ausgestellt und mitgegeben: ja ☐

Bei weiteren Untersuchungsterminen, Terminaufstellung mitgeben. Danke.

**Orientierung**

|                                |                             |                               |                                    |
|--------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Örtlich                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> |
| Zeitlich                       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> |
| Zur Person                     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | zeitweise <input type="checkbox"/> |
| Gesteigerter<br>Bewegungsdrang | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                    |
| Hinlauftendenz                 | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |                                    |

Einrichtung einer Betreuung im Sinne des Betreuungsgesetzes erforderlich?      nein ☐ ja ☐

Wenn ja, warum: \_\_\_\_\_

durch wen (z.B. Arzt, Angehörige etc.)? \_\_\_\_\_

## Fragen zur aktuellen pflegerischen Situation:

| Nr. | Bereich              | Selbständig              | Überwiegend selbständig  | Überwiegend unselbständig | Unselbständig            |
|-----|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| 1.  | Mobilität            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Körperpflege         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Ausscheidung         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 | Nahrungsaufnahme     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Flüssigkeitsaufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Alltagsgestaltung    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |

Mitbehandelnde Ärzte/Fachärzte: \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_



## Mitzubringende Unterlagen bei Einzug Dauerpflege und Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege

Für \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Einzug am

\_\_\_\_\_  
Wohnbereich

| Vor dem Einzug                                                                                                                                                                                                         | Erledigt                 | Wird nachgereicht        | Nicht notwendig          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Anmeldung                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ärztlicher Fragebogen, vorhandene Arztbriefe, Medikamentenplan                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pflegeüberleitungsbogen (sofern vorhanden)                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bestätigung des Pflegegrades durch die Pflegekasse                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopie der Vorsorgevollmacht, ggf. Patientenverfügung, ggf. Betreuungsverfügung, Betreuungsbeschluss und/ oder Betreuerausweis, ggf. Bestattungsvorsorge (unter Vorlage des Originals bitten wir um Übergabe der Kopie) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antrag auf Kostenübernahme bei der Pflegekasse <b>für die Kurzzeitpflege und/ oder Dauerpflege</b>                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Bei Dauerpflege:</b> Rentenbescheid und / oder Kontoauszug mit letzter Rentenüberweisung                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haftplichtpolice (bitte individuell prüfen), Kopien von Versicherungsscheinen                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Antrag auf Kostenübernahme vom Sozialamt <b>für die Kurzzeitpflege und/ oder Dauerpflege</b>                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ggf. Angaben zur Beihilfekasse (z.B. Beamte)                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Unterschriebener Wohn- und Betreuungsvertrag mit Anlagen                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befreiung von Zuzahlungen (nach § 61 SGB V) und Fahrtkosten                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SEPA-Lastschriftenmandat (möglichst)                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vereinbarung Beantragung Rentenüberleitung bei Dauerpflege (möglichst)                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalausweis (Vorlage)                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges \_\_\_\_\_

| Zum Einzug                                                                                                                         | Erledigt                 | Wird nachgereicht        | Nicht notwendig          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patientenausweise (in Kopie bspw. Impfung/Impfpass / Allergie / Herzschrittmacher / Blutgerinnungshemmende Behandlung / Prothesen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krankenversicherungskarte                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meldung 1. Wohnsitz in der Einrichtung/<br>Ummeldung Einwohnermeldeamt (gilt nicht für die Bewohner mit dem Wohnsitz im Inland)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges \_\_\_\_\_

### Bitte denken Sie auch an:

- |                                                                      |                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Persönliche Hygieneartikel                  | <input type="checkbox"/> <b>Bei Kurzzeitpflege:</b> Medikamente in der Verpackung       |
| <input type="checkbox"/> Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl etc).      | <input type="checkbox"/> <b>Bei Kurzzeitpflege:</b> Inkontinenzmaterial                 |
| <input type="checkbox"/> Optional: TV-Gerät neu oder aktuell geprüft | <input type="checkbox"/> <b>Bei Kurzzeitpflege:</b> Sicherstellung der Wäscheversorgung |



## Versorgungsleistungen / Haftung bei Kurzzeitpflege

Für \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geboren am Wohnbereich

Folgende **Hilfsmittel** werden mitgebracht

- |                                           |                                      |                                                |                                            |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille           | <input type="checkbox"/> Nackenrolle | <input type="checkbox"/> Sitz-/ Keilkissen     | <input type="checkbox"/> Dekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Gehstock         | <input type="checkbox"/> Rollator    | <input type="checkbox"/> Rollstuhl             | <input type="checkbox"/> Greifzange        |
| <input type="checkbox"/> Schuheinlagen    | <input type="checkbox"/> Duschhocker | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |                                            |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                                      |                                                |                                            |

### Körpernahe Hilfsmittel

- |                                                    |                                 |                                |                                       |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hörgeräte                 | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |                                       |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese              | <input type="checkbox"/> oben   | <input type="checkbox"/> unten | <input type="checkbox"/> Teilprothese |
| <input type="checkbox"/> Orthese / Prothese: _____ |                                 |                                |                                       |

### Hausärztliche Versorgung:

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Name/Praxis                       |                               |

### Neurologische Versorgung/Fachärztliche Versorgung

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| Name/Praxis                       |                               |

### Inkontinenzmittelversorgung

- |                                                                   |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigenes Inkontinenzmaterial              | <input type="checkbox"/> Bezug über die Einrichtung/den Kooperationspartner |
| Sofern die kostenpflichtige Leistung in der Einrichtung vorhanden |                                                                             |

### Wäscheversorgung

- |                                    |                                                              |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Wäscherei | <input type="checkbox"/> Private Versorgung durch Angehörige |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

### Veröffentlichung von Personenbezogenen Daten (Name / Geburtstag / Versterben)

- |                                            |                                        |                                              |
|--------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| • interne Nutzung (Aushänge, Hauszeitung)  | <input type="checkbox"/> einverstanden | <input type="checkbox"/> nicht einverstanden |
| • Türschild / Namensschild / Verzeichnisse | <input type="checkbox"/> einverstanden | <input type="checkbox"/> nicht einverstanden |

☐ Ich wurde darüber informiert, keine Wertgegenstände, Schmuck oder größere Geldbeträge im Zimmer unverschlossen aufzubewahren. Die Einrichtung übernimmt **keine Haftung** bei Verlust. Dies habe ich mit meiner Unterschrift zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift





## WOHN- UND BETREUUNGSVERTRAG KURZZEIT- UND VERHINDERUNGSPFLEGE (RHEINLAND-PFALZ)

### Vertragsparteien

Zwischen dem Unternehmen HDV gemeinnützige GmbH  
Freiligrathstraße 8, 64285 Darmstadt  
  
als Träger der Einrichtung  
AGAPLESION SOPHIENSTIFT  
- nachstehend „Einrichtung“ genannt -

und Max Mustermann  
Herrn/Frau  
  
- nach §1 WBVG als Verbraucher  
bezeichnet, nachstehend „Bewohner“  
genannt -

11 111 Musterstadt  
bisher wohnhaft in

vertreten durch \_\_\_\_\_  
Herrn/Frau  
  
\_\_\_\_\_  
Adresse, PLZ, Ort  
☐ amtlich bestellter Betreuer (sofern vorhanden)  
☐ Bevollmächtigten (sofern vorhanden)  
☐ Die Bestellung eines Betreuers ist beantragt.

- ☐ wird der folgende Wohn- und Betreuungsvertrag befristet zum Zwecke
- ☐ der Kurzzeitpflege vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. bis zum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
- ☐ der Verhinderungspflege vom Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. bis zum Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

abgeschlossen.



## Präambel

Die HDV gemeinnützige GmbH ist ein als gemeinnützig anerkannter kirchlich-diakonischer Träger. Sie ist der Landeskirche verbunden und gehört als Mitglied der Diakonie Hessen an. Die Einrichtung für alte und pflegebedürftige Menschen wird in praktischer Ausübung christlicher Nächstenliebe im Sinne der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Evangelischen Kirche geführt und steht Menschen aller Glaubensrichtungen offen.

Der Bewohner erkennt diese Grundrichtung der Einrichtung an.

Die Einrichtung ist von den Pflegekassen durch Abschluss eines Versorgungsvertrages zur stationären Pflege zugelassen und ist am Pflegesatzverfahren beteiligt. Der aktuelle Versorgungsvertrag kann bei der Einrichtungsleitung eingesehen werden.

Grundlage dieses Vertrages ist die dem Bewohner am [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) ausgehändigte **Informationsbroschüre gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsgesetz (Vorvertragliche Informationen) nebst Anlagen.** Soweit der Vertrag von der Vorinformation abweicht, sind die Unterschiede unter § 2 dieses Vertrages dargestellt.

Dieser Vertrag basiert auf den Regelungen des Wohn- und Betreuungsvertragsgesetzes (WBVG).

## **Teil I: Leistungsbeschreibung**

### **§ 1 Leistungen der Einrichtung**

- (1) Die Einrichtung stellt dem Bewohner folgende Leistungen zur Verfügung:

|                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| Räumliche und sächliche Ausstattung  | (§ 3) |
| Hauswirtschaftliche Versorgung       | (§ 4) |
| Pflege und Betreuung                 | (§ 5) |
| Zusatzleistungen/sonstige Leistungen | (§ 6) |

- (2) Die einzelnen Leistungen werden durch weitere Teilleistungsbereiche wie Einrichtungsleitung, Betriebsverwaltung und den technischen Dienst durch Einsatz von Personal- und Sachmitteln bewirkt, organisiert und koordiniert. In die einzelnen Leistungen fließen zudem folgende Kosten ein: Steuern, Abgaben, Versicherungen, Energieaufwand, Wasserver- und -entsorgung, Abfallentsorgung.

- (3) Der Umfang der Leistungen der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Pflege und Betreuung, die Abgrenzung von Regel- und Zusatzleistungen sowie ggf. sonstigen Leistungen und ggf. auch die Zuordnung von Kosten zu einzelnen Leistungen, Abrechnungsmodus bei vorübergehender Abwesenheit sind in den Landesrahmenverträgen geregelt.

Die leistungsbezogenen Regelungen (derzeit Abschnitte I und IV) des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI für die Kurzzeitpflege in Rheinland-Pfalz, die Vergütungsvereinbarung mit den Leistungs- und Qualitätsmerkmalen nach § 84 SGB XI sowie die Leistungsvereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII sind in ihren jeweils geltenden Fassungen daher ebenfalls Gegenstand dieses Vertrages und können jederzeit auf Anfrage bei der Einrichtungsleitung eingesehen werden. Die rahmenvertraglichen Regelungen sowie die Regelungen der vorliegend bezeichneten weiteren mit den Kostenträgern getroffenen Vereinbarungen gelten nicht nur für Bewohner, die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung beziehen, sondern entsprechend auch für Bewohner mit einem Pflegebedarf unterhalb des Pflegegrades 1, privat versicherte und unversicherte Bewohner.



Der Bewohner hat das Recht, jederzeit ein Exemplar der genannten Verträge bei der Einrichtungsleitung anzufordern und eine Kopie kostenlos ausgehändigt zu erhalten.

- (4) Der Bewohner ist gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, vor Einzug in die Einrichtung ein ärztliches Attest vorzulegen, aus dem sich ergibt, dass keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen. Die dafür erforderliche ärztliche Untersuchung hat der Bewohner zu dulden. Verweigert der Bewohner eine derartige Untersuchung, stellt dies den Tatbestand einer Ordnungswidrigkeit dar (vgl. § 73 Abs. 1 Nr. 19 IfSG).
- (5) In der gesamten Einrichtung herrscht Rauchverbot. Hiervon ausgenommen ist das Rauchen in folgenden Bereichen gestattet:
- ☐ Raucherraum in \_\_\_\_\_
  - ☐ Raucherbereich im Außengelände an folgendem Standort: \_\_\_\_\_
  - ☐ \_\_\_\_\_

## **§ 2 Abweichungen zu den Leistungsbeschreibungen und den Entgelten aus den Vorvertraglichen Informationen**

- ☐ Im Vergleich zu den vorvertraglichen Informationen liegen keine Veränderungen vor.
- ☐ **Gegenüber vorvertraglichen Informationen gemäß § 3 WBG weicht dieser Vertrag in folgenden Bereichen ab:**  
(nur falls zutreffend konkrete Darstellung der Abweichungen des Vertrages von den vorvertraglichen Informationen)

\_\_\_\_\_

## **§ 3 Raum- und Sachausstattung**

- (1) Dem Bewohner steht ein Pflegeplatz zur Verfügung.  
Zimmer-Nr.: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_  
Bei dem Pflegeplatz handelt es sich um ein  
☐ Einzelzimmer ☐ Zweibettzimmer ☐ \_\_\_\_\_
- (2) Die Einrichtung übergibt dem Bewohner einen Schlüssel – gewünscht: ☐ ja ☐ nein
- (3) Die Anfertigung weiterer Schlüssel darf nur die Einrichtungsleitung veranlassen. Eine Weitergabe des Schlüssels durch den Bewohner an Dritte ist nicht gestattet. Die Einrichtung verfügt über einen Zentralschlüssel, um in dringenden Fällen Hilfe leisten zu können. Der Verlust von Schlüsseln ist umgehend der Einrichtungsleitung zu melden; die Ersatzbeschaffung erfolgt durch die Einrichtungsleitung, bei Verschulden des Bewohners auf seine Kosten. Alle Schlüssel sind Eigentum der Einrichtung. Bei Beendigung des Vertragsverhältnisses sind die Schlüssel vollzählig an die Einrichtungsleitung zurückzugeben.
- Die Einrichtung empfiehlt dem Bewohner eine gesonderte Haftpflichtversicherung abzuschließen, sofern der Bewohner eine Haftpflichtversicherung nicht abgeschlossen hat oder Schlüsselverlust durch eine bestehende Haftpflichtversicherung des Bewohners nicht abgedeckt ist.
- (4) Änderungen an der fest installierten räumlichen Ausstattung dürfen nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Einrichtung vorgenommen werden. Ein Recht zur Untervermietung hat der Bewohner nicht.



- (5) Das Aufstellen und Benutzen von elektrischen Heiz- und Kochgeräten sowie sonstigen Geräten, die eine Brandgefahr darstellen können, bedürfen einer aus wichtigem Grund widerruflichen Zustimmung des Einrichtungsleiters. Gleiches gilt für die Inbetriebnahme von Elektrogeräten, die einen erhöhten Energieaufwand oder besondere Geräuschbelästigungen verursachen.

Um eine Nutzung zu ermöglichen, ist es erforderlich, die betroffenen Elektrogeräte aufzulisten. Die Auflistung soll spätestens bei Einzug in der Verwaltung abgegeben werden. In einem entsprechenden Formular sind die zu nutzenden Geräte einzutragen. Der Bewohner erhält eine Kopie der Auflistung für seine Unterlagen.

Der Bewohner ist verpflichtet, jede Änderung der Anzahl und Art seiner elektrischen Geräte mitzuteilen.

Die Einrichtung kann die Aufstellung und Nutzung von netzbetriebenen elektrischen Geräten untersagen,

- wenn der Bewohner diese Geräte nicht oder nicht mehr sachgerecht nutzen und einsetzen kann, oder
- wenn die Elektrogeräte kein anerkanntes gültiges Prüfsiegel aufweisen oder wenn von ihnen erkennbare Gefahren ausgehen.

- (6) Das Aufstellen und Benutzen von Sprach- und Videoassistenten, sowie sonstigen Geräten, die eine Aufzeichnung von Sprache oder Bildern durchführen können, bedürfen einer aus wichtigem Grund widerruflichen Zustimmung des Einrichtungsleiters.

Um eine Nutzung zu ermöglichen, ist es erforderlich, die betroffenen Assistenzsysteme aufzulisten und den Nutzungsbereich durch Hinweise - möglichst im Eingangsbereich des Bewohnerzimmers - kenntlich zu machen. Die Auflistung soll spätestens bei Einzug bzw. vor der Inbetriebnahme bei der Verwaltung abgegeben werden.

Die Aufstellung und Nutzung von Sprach- und Videoassistenten kann durch die Einrichtung untersagt werden,

- wenn die Aufstellung und Nutzung nicht bei der Einrichtung angezeigt wurde,
- wenn nicht auf das Vorhandensein dieser Geräte hingewiesen wurde, oder
- wenn keine Möglichkeit besteht, die Geräte zeitweise abschalten zu können (z. B. mit Hilfe einer Kurzanleitung).

- (7) Hinweis auf die Videoüberwachung in öffentlich zugänglichen Bereichen innerhalb und außerhalb von dem Einrichtungsgebäude. Damit verfolgen wir das Ziel Schäden durch Vandalismus und Eigentumsdelikte in unserer Einrichtung zu verhindern oder Personen zu schützen. Es werden keine anderen Zwecke verfolgt. Die Videoüberwachung der bestimmten Bereiche wird durch die Hinweisschilder bekanntgemacht.

## § 4 Hauswirtschaftliche Versorgung

- (1) Die Mahlzeiten werden auf der Grundlage aktueller ernährungswissenschaftlicher Erkenntnisse zubereitet. Zusammenstellung und Zubereitung soll die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner berücksichtigen. Die Mahlzeiten werden grundsätzlich in den dafür vorgesehenen Räumen serviert oder dort ausgegeben.

Dem Bewohner wird im Rahmen der Pflege und Betreuung die notwendige Hilfe bei der Einnahme der Mahlzeiten angeboten.

- (2) Die Wäschestücke müssen maschinell waschbar und gekennzeichnet sein. Für Wäsche, die nicht gekennzeichnet ist, übernimmt der Einrichtungsträger beim Verlorengehen keine Haftung, soweit nicht Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt.



Bekleidungsstücke aus Wolle oder Seide werden nur dann maschinell gewaschen, wenn der Bewohner die Einrichtung hierzu ausdrücklich anweist und zugleich die Einrichtung von der Haftung für eine Veränderung der Wollbekleidung durch das maschinelle Waschen freistellt. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass auch bei der Verwendung von Wollwaschprogrammen bei Industriewaschmaschinen, Wollbekleidungsstücke mit der Zeit verfilzen, verknoten, verhärteten etc., und sich die Farbe verändern kann. Daher rät die Einrichtung von einem maschinellen Waschen von Wollbekleidungsstücken ab.

Um das maschinelle Waschen und Trocknen der Wäschestücke zu ermöglichen, müssen die Wäschestücke auf mindestens 30° C maschinenwaschbar und insbesondere auch trocknergeeignet sein. Nicht maschinenwaschbare oder trocknergeeignete Kleidungsstücke bedürfen der chemischen Reinigung. Die Leistung der chemischen Reinigung zählt nicht zu den Regelleistungen der Einrichtung.

## § 5 Allgemeine Pflege und Betreuung

### (1) **Pflege- und Betreuungsbedarf des Bewohners**

a)  
☐ Der Bewohner ist in seiner Selbständigkeit oder seinen Fähigkeiten beeinträchtigt und daher durch Bescheid der Pflegekasse vom [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben](#). dem Pflegegrad [Pflegegrad auswählen](#) zugeordnet worden.

☐ Die Zuordnung des Bewohners erfolgte vorläufig, eine endgültige Zuordnung liegt noch nicht vor.

☐ Der Bewohner hat bereits einen Antrag auf Neuordnung gestellt.

b)  
☐ Der Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit des Bewohners ist durch die Pflegekasse noch nicht festgestellt worden. Aufgrund der Angaben des Bewohners bzw. seines Vertreters gehen die Parteien vorbehaltlich einer sofort einzuleitenden Prüfung durch die Pflegekasse bis zum Erhalt eines rechtskräftigen Bescheides der Pflegekasse von einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten des Bewohners im Umfang des Pflegegrades [Pflegegrad auswählen](#) aus, der die Basis der Abrechnung bis zur Vorlage eines Einstufungsbescheides der Pflegekasse darstellt.

Es besteht Einigkeit, dass bei einer Abweichung der Einstufung durch die Pflegekasse von dem vorgenannten Pflegegrad für den abgerechneten Zeitraum eine Neuberechnung auf der Basis des Einstufungsbescheides erfolgt.

c) Sollte ein Hilfebedarf unterhalb des Pflegegrades 1 festgestellt werden, vereinbaren die Parteien dennoch ausdrücklich eine Abrechnung auf Basis des Pflegegrades 1.

Dem Bewohner ist bekannt, dass in diesem Fall seine Pflegekasse (und ggf. auch der Sozialhilfeträger) keine Leistungen gewährt. Der Bewohner verpflichtet sich, das Entgelt vollständig aus eigenem Einkommen/ Vermögen zu leisten.

d) Dem Bewohner ist auch bekannt, dass im Falle einer Einstufung in den Pflegegrad 1 seine Pflegekasse nur die Kosten der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung nach § 84 Abs. 8 SGB XI übernimmt und der Sozialhilfeträger keine Leistungen als Hilfe zur Pflege gewährt. Der Bewohner verpflichtet sich, das nicht von der Pflegekasse als Sachleistung übernommene Entgelt vollständig aus eigenem Einkommen/Vermögen zu leisten.



## (2) Medizinische Behandlungspflege

Bei den Leistungen der medizinischen Behandlungspflege handelt es sich um pflegerische Verrichtungen im Zusammenhang mit ärztlicher Therapie und Diagnostik, für deren Veranlassung und Verordnung der jeweils behandelnde Arzt des Bewohners zuständig ist. Die ärztlichen Leistungen sind nicht Gegenstand des Wohn- und Betreuungsvertrages.

Die Erbringung von Leistungen der medizinischen Behandlungspflege durch die Einrichtung setzt voraus, dass

- die Leistungen vom behandelnden Arzt angeordnet wurden,
- die persönliche Durchführung durch den behandelnden Arzt nicht erforderlich ist,
- die Maßnahme im Einzelfall an Pflegekräfte delegierbar ist;
- der Bewohner mit der Durchführung der ärztlich verordneten Maßnahmen durch die Mitarbeiter des Einrichtungsträgers einverstanden ist.

## (3) Ausschluss der Anpassung von Leistungen

Hinsichtlich der Bewohnergruppen und Krankheitsbilder, die in dieser Einrichtung nicht versorgt werden, wird auf die **Anlagen 2a oder 2b** verwiesen, die im Rahmen des Vertragsabschlusses gesondert zu unterzeichnen sind.

## (4) Medizinische Versorgung

a) Die Einrichtung vermittelt unter Wahrung der freien Arztwahl die ärztliche Betreuung des Bewohners. Die Einrichtung hat mit den Vertragsärzten der nachfolgend benannten Fachrichtungen einen Kooperationsvertrag zur Förderung der kooperativen und koordinierten ärztlichen und pflegerischen Versorgung abgeschlossen:

☐ Hausärzte

☐ Fachärzte folgender Fachrichtungen: \_\_\_\_\_

Die Einrichtung ist bemüht, zur Optimierung der ärztlichen Versorgung ihrer Bewohner weitere Kooperationsärzte zu gewinnen.

Es steht dem Bewohner frei, Leistungen der Kooperationsärzte in Anspruch zu nehmen oder Leistungen anderer Ärzte. Der Bewohner teilt der Einrichtung mit, welcher Hausarzt und welche Fachärzte bei Bedarf hinzuzuziehen sind.

b) Dem Bewohner wird empfohlen, für seinen Aufenthalt die von ihm benötigten Medikamente in der Originalverpackung mit Beipackzettel und eine aktuelle ärztliche Anordnung zur Gabe der Medikamente mitzubringen, um ihn durch die Einrichtung während des Aufenthalts mit diesen entsprechend nahtlos zu versorgen. Die Einrichtung stellt die Beschaffung und Versorgung der notwendigen Medikamente durch die Zusammenarbeit mit einer Vertragsapothek nach § 12 a Apothekengesetz sicher, sofern der Bewohner dem zustimmt. In diesem Fall übernimmt die Einrichtung in Zusammenarbeit mit der Vertragsapothek die Verwaltung und die Aufbewahrung der Medikamente.

Eine erteilte Zustimmung kann der Bewohner jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Sofern der Bewohner die Versorgung über die Vertragsapothek ablehnt und die Medikamentenversorgung über eine andere Apothek wünscht, ist er verpflichtet, die Beschaffung und Versorgung mit Medikamenten selbst sicherzustellen.

Aus der **Anlage 9** ergibt sich, ob der Bewohner der Medikamenten-versorgung durch die Vertragsapothek zustimmt.





## (5) Hilfsmittel

Der Bewohner ist verpflichtet, für seinen Aufenthalt die von ihm benötigten Inkontinenzmittel mitzubringen, um ihn durch die Einrichtung während des Aufenthalts mit diesen entsprechend zu versorgen.

Sofern der Bewohner nicht über ausreichend Inkontinenzmaterial verfügt und der zuständige Betreuer / Vertreter dieses nicht zeitnah beschafft, wird die Einrichtung zur Vermeidung von Versorgungslücken dem Bewohner Inkontinenzmaterialien aus eigenem Bestand zur Verfügung stellen.

Hierfür berechnet die Einrichtung einen Pauschalpreis von €                      pro Tag.

## (6) Umgang mit besonderen pflegerischen Situationen (Sturzgefahr, Hinlauftendenz)

Es wird explizit darauf hingewiesen, dass eine permanente Fixierung von Bewohnern zum Schutz vor Stürzen oder zur Verhinderung des Verlassens der Einrichtung rechtlich nicht zulässig ist.

Eine permanente Beaufsichtigung von Bewohnern mit derartigen Verhaltens-auffälligkeiten im Sinne einer 1 zu 1 Betreuung ist zudem ebenfalls nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestehen lt. Angaben des Bewohners/ Betreuers keine Hinweise / sind keine Hinweise bekannt bzgl. des Bestehens einer

☐ keine Hinlauftendenz/keine Weglauftendenz

☐ keine Sturzgefahr

## **§ 6 Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI, sonstige Leistungen**

- (1) Der Bewohner und die Einrichtung können die Erbringung besonderer Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung, zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen i.S.d. § 88 SGB XI sowie sonstige Leistungen vereinbaren. Die von der Einrichtung angebotenen Zusatz- und sonstigen Leistungen und deren Entgelte ergeben sich aus den entsprechenden **Anlagen 3 und 4**.
- (2) Wird eine vereinbarte Zusatzleistung oder sonstige Leistung nicht in Anspruch genommen, so kann das Entgelt nur ermäßigt werden, wenn dadurch bei der Einrichtung eine Kostenersparnis eintritt.

## **§ 7 Kündigung der Zusatz- und sonstigen Leistungen**

Der Bewohner und die Einrichtung können vereinbarte Zusatz- und sonstige Leistungen jeweils mit einer Frist von einem Monat kündigen. Es gilt die Schriftform des § 16 Abs. 1 dieses Vertrages.

## **Teil II: Vergütung**

### **§ 8 Die verschiedenen Entgeltbestandteile**

- (1) Die Leistungen der allgemeinen Pflege, sozialen Betreuung und medizinischen Behandlungspflege richten sich nach dem Versorgungsaufwand, den der Bewohner jeweils nach Art und Schwere seiner Beeinträchtigung in seiner Selbständigkeit oder seinen Fähigkeiten benötigt. Sie werden mit den pflegebedingten Aufwendungen vergütet.





- (2) Der Zuschlag nach § 84 Abs. 8 SGB XI für Leistungen der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung wird pflegetäglich berechnet.

Dieser Vergütungszuschlag wird für Bewohner der Pflegegrade 1 bis 5 von einer gesetzlichen Pflegeversicherung der Einrichtung gesondert vergütet und erhöht daher für diese Bewohner den zu übernehmenden Eigenanteil nicht.

Bei Bestehen einer privaten Pflegeversicherung erstattet diese ebenfalls diesen Zuschlag im Umfang des bestehenden Versicherungsvertrages, sofern ein Beihilfeanspruch besteht jedoch nur anteilig.

- (3) Die pflegebedingten Aufwendungen und die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung sind hinsichtlich ihrer Ermittlung Preise für eine Leistung, deren Höhe sich u. a. auch aus dem Ergebnis eines Vergleiches mit diesen Vergütungssätzen vergleichbarer anderer Einrichtungen durch die Kostenträger (Pflegekassen und Sozialhilfeträger) ergibt.

Demgegenüber sind die gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen hinsichtlich ihrer Ermittlung eine Weiterberechnung von Kosten.

Um zu vermeiden, dass je nach dem Zeitpunkt des Anfalls von Instandhaltungs- und Instandsetzungsmaßnahmen oder von Ersatzanschaffungen punktuell erhebliche Schwankungen entstehen, können nach Landesrecht Pauschalen für Instandhaltung und Instandsetzung bestimmt werden. Die Höhe der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen und ihre Veränderung richten sich dann nach diesen landesrechtlichen Vorschriften.

## **§ 9 Reduzierte Inanspruchnahme von Regelleistungen**

- (1) Das gesamte Entgelt ist das Ergebnis von Mischkalkulationen, die dazu führen, dass jede der drei großen Gruppen der Regelleistungen (pflegerische und soziale Betreuung, hauswirtschaftliche Versorgung, Raum- und Sachausstattung) mit einem Pauschalpreis abgegolten wird. Dem unterschiedlichen Hilfebedarf des Bewohners und der hierdurch bedingten unterschiedlichen Inanspruchnahme des Regelleistungsangebotes durch den einzelnen Bewohner wird in dem System des SGB XI ausschließlich durch unterschiedliche Vergütungen im Bereich der pflegebedingten Aufwendungen in Abhängigkeit der Pflegegrade entsprochen.
- (2) Die Vereinbarung von individuellen Zu- und Abschlägen im Bereich der pflegebedingten Aufwendungen und der Entgelte für Unterkunft und Verpflegung gegenüber Bewohnern mit Leistungsbezug i. S. d. SGB XI oder SGB XII ist gemäß § 84 Abs. 3 SGB XI i. V. m. § 87 SGB XI gesetzlich untersagt. Daher findet bei der Nichtinanspruchnahme von Leistungen mit Ausnahme der Regelungen des § 14 dieses Vertrages keine Reduzierung des Entgelts statt.

## **§ 10 Gesamtentgelt**

- (1) Die Entgelte für die Leistungen gem. §§ 1 bis 5 richten sich nach den mit den Kostenträgern (zuständigen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) jeweils getroffenen Vergütungsvereinbarungen bzw. entsprechenden Schiedsstellenentscheidungen.

## (2) Entgeltübersicht

|                                          | <b>Pflege-<br/>grad 1</b> | <b>Pflege-<br/>grad 2</b> | <b>Pflege-<br/>grad 3</b> | <b>Pflege-<br/>grad 4</b> | <b>Pflege-<br/>grad 5</b> |
|------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <b>Pflegevergütung<br/>pflegetäglich</b> | € _____                   | € _____                   | € _____                   | € _____                   | € _____                   |

Die Höhe der Pflegevergütung richtet sich nach dem jeweils individuellen Pflegegrad.

Individueller Pflegegrad: Pflegegrad auswählen

|                                                                                        |         |                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|
| <b>Zuschlag nach § 84 Abs. 8 SGB XI</b>                                                | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Ausbildungsvergütung</b>                                                            | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Ausbildungsumlagezuschlag</b>                                                       | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Ehrenamtszuschlag</b>                                                               | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Entgelt für Unterkunft</b>                                                          | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Entgelt für Verpflegung</b>                                                         | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |
| <b>Gesondert berechenbare Investitionskosten für<br/>den individuellen Pflegeplatz</b> | € _____ | <u>pflegetäglich</u> |

## (3) Das Entgelt beträgt pro Tag: € \_\_\_\_\_

(PV, Ausbildungsvergütung, Ausbildungsumlagezuschlag, Ehrenamtszuschlag, Unterkunft, Verpflegung, Investitionskosten, § 84 Abs. 8 SGB XI-Zuschlag)

**Gesamtentgelt** € \_\_\_\_\_

Dieses Gesamtentgelt ist zugleich der Eigenanteil des Bewohners, soweit er keine Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung bezieht (z. B. privat Versicherte oder Bewohner ohne Pflegeversicherung).

Der Eigenanteil von Bewohnern mit Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung richtet sich danach, in welchem Umfang die von der gesetzlichen Pflegekasse zu leistenden Zuzahlungen zur Finanzierung des Aufenthaltes eingesetzt werden können und noch nicht im laufenden Kalenderjahr (ggf. anteilig) verbraucht sind. Eine verbindliche Auskunft hierzu kann nur die Pflegekasse dem Bewohner selbst erteilen, da die Einrichtung keine Informationen darüber hat, ob und in welchem Umfang dem Bewohner noch Ansprüche gegenüber seiner gesetzlichen Pflegekasse zustehen.

Zusatzleistungen i. S. d. § 88 SGB XI (**Anlage 3**) sowie sonstige Leistungen (**Anlage 4**) erhöhen das Entgelt zusätzlich.

- (4) Bei Bewohnern ohne Bestehen einer Pflegeversicherung, im Falle des Bestehens einer privaten Pflegeversicherung oder eines Anspruchs auf Beihilfe ebenso wie bei gesetzlich pflegeversicherten Bewohnern mit Pflegegrad 1 ist der Bewohner alleine Schuldner des Gesamtentgeltes, mit Ausnahme des Zuschlags nach § 84 Abs. 8 SGB XI bei einem gesetzlich Versicherten mit Pflegegrad 1.
- (5) Werden Kosten von einer gesetzlichen Pflegekasse und/oder einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger teilweise als Sachleistung übernommen und besteht eine



Befugnis der Einrichtung zur direkten Abrechnung mit der gesetzlichen Pflegekasse oder dem gesetzlichen Unfallversicherungsträger, so wird die Einrichtung den Sachleistungsanteil direkt mit dieser/diesem abrechnen. Der Pflegesatzanteil, der von der Pflegekasse und dem Unfallversicherungsträger nicht getragen wird, also ein ggf. verbleibender Rest der pflegebedingten Aufwendungen, der Ausbildungsvergütungskomponente, der Ehrenamtszuschlag, die Entgelte für Unterkunft und Verpflegung, das Entgelt für nicht geförderte Investitionskosten sowie das Entgelt für die Zusatzleistungen und sonstigen Leistungen sind vom Bewohner zu zahlen.

- (6) Ansprüche, die der Bewohner gegenüber anderen Leistungsträgern oder gegenüber Dritten besitzt, hat er selbst geltend zu machen. Die Einrichtung wird ihn dabei unterstützen.

Hierzu zählen u. a. die Beratung, welche Leistungen beantragt werden können sowie die Herstellung des Erstkontaktes zum jeweiligen Leistungsträger. Rein vorsorglich wird darauf hingewiesen, dass Antragstellungen selbst, das Zusammenstellen von ggf. hierfür erforderlichen individuellen Unterlagen und Nachweisen des Bewohners, eine Zugangs- und Fristenkontrolle für die Einlegung von Rechtsmitteln, etc. nicht durch die Einrichtung übernommen werden können, sondern durch den Bewohner oder seinen Vertreter (z. B. Angehörigen, Betreuer) zu erfolgen haben. Sofern ein Bewohner hierzu allein nicht in der Lage ist und bislang auch keinen Vertreter hat, der ihn hierbei unterstützt, besteht die Möglichkeit der Einrichtung, beim zuständigen Amtsgericht die Bestellung eines Betreuers anzuregen.

## § 11 Abrechnung, Fälligkeit und Zahlungsmodalitäten

- (1) Die Leistungsentgelte sind jeweils am Ende der Leistungserbringung fällig. Erstreckt sich der Leistungszeitraum über das Ende eines Kalendermonats hinaus, ist das Entgelt für den jeweiligen abgelaufenen Kalendermonat am Ende des Kalendermonats fällig. Die Einrichtung ist somit berechtigt, am Ende eines Kalendermonats Zwischenabrechnungen vorzunehmen. Das Entgelt für die Zusatz- und sonstigen Leistungen (§ 6 dieses Vertrages), für den Bewohner eventuell getätigte Auslagen und eventuelle Zuzahlungsbeträge des Bewohners für die Versorgung mit Inkontinenzmaterialien werden monatlich nachschüssig abgerechnet. Diese Beträge sind am 10. des auf die Erbringung der Leistungen bzw. dem Anfall der Auslagen folgenden Monats zur Zahlung fällig.

Die Beträge sind per

☐ SEPA-Lastschriftmandat (**Anlage 5a**)

☐ Dauerauftrag (Fälligkeit nach §11 Abs. 1 dieses Vertrages, bitte Kopie des angelegten Dauerauftrages einreichen)

auf folgendes Konto zu entrichten:

Kontoinhaber: HDV gemeinnützige GmbH AGAPLESION Kontoinhaber auswählen

IBAN: DE\_\_ \_\_ 3702 0500 0004 6035 \_\_ \_\_

BIC: BFSWDE33XXX

Kreditinstitut: Bank für Sozialwirtschaft

Abweichende Bestimmungen und Vereinbarungen mit gesetzlichen Kostenträgern bleiben unberührt.

- (2) Mit der Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats hat der Bewohner die ausreichende Deckung auf dem jeweiligen Konto sicherzustellen. Der rechtzeitige Einzug liegt dann ausschließlich in der Verantwortung der Einrichtung.
- (3) Ergibt sich aufgrund der Abrechnung eine Differenz gegenüber dem nach Absatz 1 in Rechnung gestellten Leistungsentgelt, so ist spätestens mit der nächstfälligen Zahlung ein Ausgleich herbeizuführen. Der Bewohner kann nur dann das Entgelt kürzen oder mit



Forderungen gegen das Leistungsentgelt aufrechnen, wenn die Entgeltkürzung oder die Forderung des Bewohners unbestritten, rechtskräftig festgestellt oder entscheidungsreif ist. Das Recht des Bewohners, eine Entgeltkürzung oder seine Forderungen gegen die Einrichtung in einem gesonderten Rechtsstreit geltend zu machen, bleibt unberührt.

Bei Zahlungsrückständen des Bewohners werden Zahlungseingänge stets mit den ältesten offenen Leistungsentgelten verrechnet. Dies gilt nicht, soweit der Bewohner eine anderweitige Tilgungsbestimmung trifft.

- (4) Soweit Entgelte von einer gesetzlichen Pflegekasse und/oder einem gesetzlichen Unfallversicherungsträger teilweise als Sachleistung übernommen werden, wird bis zur Höhe des Sachleistungsbetrages mit diesen abgerechnet. Der Bewohner wird über die Höhe des übernommenen Anteils informiert.

## **§ 12 Anpassung des Vertrages und Entgeltes wegen veränderten Hilfebedarfs**

- (1) Insoweit wird auf die vorvertraglichen Informationen sowie auf § 8 WBVG verwiesen. Die Grenzen, in denen die Einrichtung nicht zur Leistungsanpassung verpflichtet ist, ergeben sich aus der gesonderten Vereinbarung laut den **Anlagen 2a (Bereich Allgemeine Dauerpflege) und 2b (Bereich für demenziell erkrankte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten)**.
- (2) Bestehen bei Bewohnern mit Hilfebedarf i. S. d. SGB XI Anhaltspunkte dafür, dass der Bewohner aufgrund der Entwicklung seines Hilfebedarfs einem höheren Pflegegrad zuzuordnen ist, so ist er auf schriftliche Aufforderung der Einrichtung, die zu begründen ist, verpflichtet, bei seiner Pflegekasse einen Höherstufungsantrag zu stellen. Im Übrigen gilt die Regelung des § 87 a SGB XI.
- (3) Hat der Bewohner bereits bei Einzug in die Einrichtung einen Antrag auf Feststellung eines neuen Pflegegrades gestellt und bewilligt die Pflegekasse nach Einzug in die Einrichtung einen abweichenden Pflegegrad, richtet sich das Heimentgelt nach dem Pflegegrad, der aufgrund des bei Einzug laufenden Antrags festgestellt wird.

Die Einrichtung wird in diesen Fällen zunächst die Abrechnung auf der Basis des Pflegegrades vornehmen, der dem zu Beginn des Vertrages mitgeteilten Pflegegrades entspricht. Sie ist nach Abschluss des Verfahrens auf Überprüfung des Pflegegrades im Falle einer Höherstufung unter den Voraussetzungen des § 8 WBVG berechtigt und im Falle einer Feststellung eines geringeren Pflegegrades verpflichtet, Nachberechnungen bzw. Erstattungen in Höhe der Differenz zwischen dem alten und neuen Pflegegrad vorzunehmen ab dem Tag der Feststellung des neuen Pflegegrades, frühestens jedoch ab dem Tag des Einzugs des Bewohners.

## **§ 13 Anpassung des Entgeltes wegen Änderung der Berechnungsgrundlage**

- (1) Die Einrichtung kann eine Erhöhung des Entgelts verlangen, wenn sich die bisherige Berechnungsgrundlage verändert und die Anforderungen nach §§ 9 und 7 Abs. 2 Satz 2 und 3 WBVG eingehalten sind.
- (2) Die Einrichtung ist verpflichtet, ihre Leistungen nach dem jeweils allgemein anerkannten Stand fachlicher Erkenntnisse zu erbringen. Dies kann zur Konsequenz haben, dass die Einrichtung ihren Leistungsumfang in Teilleistungsbereichen, auch in der räumlichen Ausstattung, ändern kann oder muss.

Die Einrichtung weist den Bewohner darauf hin, dass diese Leistungsänderungen auch Entgeltänderungen durch Änderungen in einzelnen Kostenpositionen nach sich ziehen können.



## **§ 14 Entgelt bei Abwesenheit und dem Bezug von Sondennahrung**

- (1) In den Fällen der vorübergehenden Abwesenheit richtet sich das Entgelt nach den Regelungen des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI in der jeweils aktuellen Fassung. Hiernach besteht derzeit folgende Regelung:
- (2) Bei Abwesenheit von mehr als 3 zusammenhängenden Kalendertagen reduzieren sich ab dem 4. Abwesenheitstag die Entgeltbestandteile
  - Entgelt für Unterkunft
  - Entgelt für Verpflegungum 20 % pro Abwesenheitstag. Demgegenüber ist der Entgeltbestandteil gesondert berechenbare Investitionsaufwendungen auch bei Abwesenheit ungekürzt zu zahlen.
- (3) Wird ein pflegebedürftiger Mensch ausschließlich und dauerhaft durch Sondennahrung auf Kosten Dritter (z. B. Krankenversicherung) versorgt, verringert sich das Entgelt für die Verpflegung kalendertäglich um einen pauschalen Betrag von 4,00 Euro. Im Falle der Abwesenheit des pflegebedürftigen Menschen nach § 26 Abs. 5 des Rahmenvertrages nach § 75 SGB XI erfolgt ab dem 4. Abwesenheitstag kein weiterer Abschlag auf das Entgelt für Verpflegung.
- (4) Der Zuschlag nach § 84 Abs. 8 SGB XI für die Leistungen der besonderen Betreuung und Aktivierung reduziert sich hingegen nicht, da die Abwesenheitszeiten bereits bei der Kalkulation der Höhe des vereinbarten Zuschlags pauschal berücksichtigt wurden.

## **Teil III: Allgemeine Vertragsbestimmungen**

### **§ 15 Vertragsdauer - Kündigungsrechte des Bewohners**

- (1) Es gilt § 11 WBG. Die Kündigung des Bewohners bedarf der Schriftform und wird erst mit Zugang beim Einrichtungsträger wirksam.
- (2) Hat der Bewohner keine vertragliche Vor-Information erhalten, kann er den Vertrag bis zur Nachholung der Vor-Information jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Innerhalb von zwei Wochen nach Beginn des Vertragsverhältnisses kann der Bewohner jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird dem Bewohner erst nach Beginn des Vertragsverhältnisses eine Ausfertigung des Vertrages ausgehändigt, kann er noch bis zum Ablauf von zwei Wochen nach der Aushändigung kündigen.
- (4) Im Übrigen kann der Bewohner den Wohn- und Betreuungsvertrag spätestens am 3. Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. Im Falle einer Erhöhung des Entgelts hat der Bewohner jederzeit das Recht, den Wohn- und Betreuungsvertrag mit Wirkung für den Zeitpunkt zu kündigen, zu dem die Entgelterhöhung wirksam werden soll.
- (5) Im Falle einer Befristung des Vertrages endet der Wohn- und Betreuungsvertrag mit Auslaufen der Frist, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Ist die Befristung unwirksam, gilt der Vertrag für unbestimmte Zeit abgeschlossen, sofern nicht der Bewohner seinen entgegenstehenden Willen innerhalb von zwei Wochen nach Ende der vereinbarten Laufzeit gegenüber der Einrichtung erklärt.
- (6) Ferner hat der Bewohner das Recht, den Vertrag bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit fristlos zu kündigen, wenn ihm die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist.



- (7) Sofern die Einrichtung die Kündigung des Bewohners aus wichtigem Grund zu vertreten hat, ist die Einrichtung dem Bewohner auf dessen Verlangen zum Nachweis eines angemessenen Leistungersatzes zu zumutbaren Bedingungen und zur Übernahme der Umzugskosten in angemessenem Umfang verpflichtet. § 115 Abs. 4 SGB XI bleibt unberührt. Der Bewohner kann den Nachweis eines angemessenen Leistungersatzes zu zumutbaren Bedingungen auch dann verlangen, wenn er noch nicht gekündigt hat.

## § 16 Vertragsdauer - Kündigungsrechte der Einrichtung

- (1) Es gilt § 12 WBVG. Die Kündigung des Wohn- und Betreuungsvertrages bedarf der Schriftform, ist zu begründen und wird erst mit Zugang beim Bewohner bzw. dessen Vertreter wirksam. Die Einrichtung kann nur aus wichtigen Gründen kündigen.
- (2) Die nachfolgend aufgeführten Gründe stellen insbesondere wichtige Gründe i. S. d. Abs. 1 dar und berechtigen die Einrichtung zur fristlosen Kündigung, wenn
- a) der Gesundheitszustand des Bewohners sich so verändert hat, dass seine fachgerechte Betreuung in der Einrichtung nicht mehr möglich ist, weil
    - der Bewohner eine von der Einrichtung angebotene Anpassung der Leistung nicht annimmt, die Einrichtung den Hinweis nach § 12 Abs. 2 WBVG erneut erteilt hat und der Kündigungsgrund durch eine Annahme des Bewohners i. S. d. § 8 Abs. 1 S. 2 WBVG nicht entfallen ist oder
    - die Einrichtung eine Leistungsanpassung aufgrund eines Ausschlusses gemäß der **Anlage 2a und 2b** nicht anbietet,und der Einrichtung ein Festhalten am Vertrag nicht zumutbar ist;
  - b) der Bewohner seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass der Einrichtung die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses nicht mehr zugemutet werden kann;
  - c) der Bewohner
    - aa) für zwei aufeinander folgende Termine mit der Entrichtung des Entgeltes oder eines Teils des Entgeltes, der das Entgelt für einen Monat übersteigt, in Verzug ist  
oder
    - bb) in einem Zeitraum, der sich über mehr als zwei Termine erstreckt, mit der Entrichtung des Entgeltes in Höhe eines Betrages in Verzug gekommen ist, der das Entgelt für zwei Monate erreichtund die Einrichtung eine angemessene Zahlungsfrist nach § 12 Abs. 2 WBVG gesetzt hat. Ist der Bewohner mit der Entrichtung der gesondert berechenbaren Investitionsaufwendungen im Rückstand geraten, ist die Kündigung ausgeschlossen, wenn die Einrichtung vor Ausspruch der Kündigung befriedigt wird.
- In diesen Fällen [§ 16 Abs. 2 a) bis c)] kann die Einrichtung den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen.
- (3) Des Weiteren ist die Einrichtung berechtigt, den Wohn- und Betreuungsvertrag spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats für den Ablauf des nächsten Monats zu kündigen, soweit der Betrieb der Einrichtung eingestellt, wesentlich eingeschränkt oder in seiner Art verändert wird und die Fortsetzung des Wohn- und Betreuungsvertrages für die Einrichtung eine unzumutbare Härte bedeuten würde. In diesem Fall hat die Einrichtung dem Bewohner auf dessen Verlangen einen angemessenen Leistungersatz zu zumutbaren





Bedingungen nachzuweisen und die Kosten des Umzugs in angemessenem Umfang zu tragen.

## § 17 Beendigung des Vertragsverhältnisses im Todesfall des Bewohners

- (1) Im Falle des Versterbens eines Bewohners endet der Vertrag mit seinem Tod. Von diesem Zeitpunkt an sind die Erben verpflichtet, das vom verstorbenen Bewohner genutzte Zimmer zu räumen und geräumt an die Einrichtung herauszugeben. Die Einrichtung ist ab diesem Zeitpunkt berechtigt, diesen Wohn- und Betreuungsplatz an neue Interessenten zu vergeben.

- (2) Im Falle des Versterbens sind folgende Personen zu benachrichtigen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- (3) Die Einrichtung ist berechtigt, folgenden Personen unabhängig der Erbfolge die Nachlassgegenstände auszuhändigen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind mehrere Personen benannt, ist jede von ihnen zur Entgegennahme der Gegenstände berechtigt.

Eine letztwillige Verfügung über diese Gegenstände - die grundsätzlich erstellt werden sollte - bleibt durch die hier erteilten Weisungen unberührt.

- (4) Wird der Wohnplatz nach dem Tode des Bewohners nicht geräumt und konnte mit für die Einrichtung zumutbaren Maßnahmen innerhalb angemessener Frist kein Rechtsnachfolger/Bevollmächtigter ermittelt werden, ist die Einrichtung berechtigt, die vom Bewohner eingebrachten Gegenstände auf Kosten des Nachlasses zu räumen und einzulagern. In diesem Fall fertigt die Einrichtung eine Niederschrift über die zurückgelassenen Gegenstände an. Für den entstehenden Aufwand wird eine Kostenpauschale in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR und eine monatliche Einlagerungsgebühr in Höhe von \_\_\_\_\_ EUR erhoben. Dem/den Erben steht der Nachweis offen, dass der Einrichtung diesbezüglich nur geringere Kosten entstanden sind. Die Einrichtung ist in diesem Fall außerdem berechtigt, dem Bewohner durch die Kranken- und Pflegekasse leihweise überlassene Heil- und Hilfsmittel an die Kranken- und Pflegekasse zurückzugeben, soweit diese das Eigentum an den Heil- und Hilfsmitteln nachweisen kann.

## § 18 Mitwirkung des Bewohners

- (1) Der Bewohner ist zur Vermeidung von ansonsten möglicherweise entstehenden rechtlichen und finanziellen Nachteilen gehalten, erforderliche Anträge auf Gewährung von Sozialhilfe oder auf eine Änderung des Pflegegrades zu stellen und dem Kostenträger die hierzu notwendigen Unterlagen vorzulegen (z. B. für Leistungen nach SGB XI und SGB XII).
- (2) Gesetzlich pflegeversicherte Bewohner haben der Einrichtung unverzüglich eine Bescheinigung ihrer Pflegekasse über die bereits im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommenen Leistungen der Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI) und Verhinderungspflege (§ 39 SGB XI) vorzulegen.
- (3) Sofern der Bewohner einen Antrag auf Sozialhilfe stellt oder einen Antrag gegenüber der Pflegekasse auf eine Änderung des Pflegegrades, ist die Einrichtung hierüber unverzüglich zu informieren.





- (4) Zeigt sich während der Vertragsdauer ein Mangel des Wohnraumes oder wird eine Maßnahme zum Schutz des Wohnraumes gegen eine nicht vorhergesehene Gefahr erforderlich, so hat der Bewohner dies der Einrichtung unverzüglich anzuzeigen. Kann die Einrichtung aufgrund einer schuldhaften Unterlassung dieser Anzeige nicht Abhilfe schaffen, ist der Bewohner nicht zur Kürzung des Entgelts wegen dieses Mangels berechtigt.

## § 19 Bewohnerseitig eingebrachte Sachen und Tierhaltung

- (1) Der Bewohner kann mit Zustimmung der Einrichtung die Unterkunft mit eigenen Einrichtungsgegenständen ausstatten. Die Zustimmung ist zu erteilen und so lange aufrechtzuerhalten, wie die Pflege oder die Betreuung nicht durch die Einrichtungsgegenstände beeinträchtigt wird.

In Zweibettzimmern darf der Bewohner ohne Zustimmung des Mitbewohners nur den ihm zustehenden Bereich ausstatten.

- (2) Die Einrichtung kann den Barbetrag des Bewohners verwalten, wenn sie dazu ausdrücklich durch den Bewohner bzw. den Vertreter in schriftlicher Form beauftragt wird. Ein solcher Auftrag ist als **Anlage 6** zu diesem Vertrag zu nehmen.
- (3) Die Haltung von nicht störenden Kleintieren ist möglich. Sie bedarf stets der Zustimmung der Einrichtungsleitung. Die Zustimmung wird erteilt, wenn die Versorgung der Tiere (auch bei Abwesenheit des Bewohners) gesichert ist und erforderliche Impfungen des Tieres nachgewiesen sind. In Mehrbettzimmern bedarf es der Abstimmung mit dem Mitbewohner.

## § 20 Haftung

- (1) Die Einrichtung haftet gegenüber dem Bewohner im Rahmen der gesetzlichen Regelungen, insbesondere für einwandfreie und verkehrssichere Beschaffenheit aller Einrichtungen des Trägers sowie für einwandfreie verkehrsübliche Leistungen aus diesem Vertrag.

Die Einrichtung haftet nicht in Fällen höherer Gewalt, Aufruhr, Kriegs- und Notereignissen oder sonstigen, von ihr nicht zu vertretenden Vorkommnissen (z. B. Streik, Aussperrung, Verkehrsstörung), insbesondere, wenn dadurch die Versorgung und Pflege der Bewohner nicht oder nur teilweise gewährleistet werden kann.

Die Einrichtung haftet dem Bewohner gegenüber für eingebrachte Sachen nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

- (2) Die vom Bewohner eingebrachten Gegenstände bleiben sein Eigentum; ihre Versicherung gegen Schäden aller Art (z. B. Einbruch, Diebstahl, Feuer, Leitungswasser) wird empfohlen.
- (3) Der Bewohner haftet für alle von ihm schuldhaft verursachten Sach- und Personenschäden in der Einrichtung. Aufgrund der immensen Kosten, die eine Sach- oder Personenentschädigung nach sich zieht, rät die Einrichtung den Bewohnern dringend an, im Falle des Fehlens einer Haftpflichtversicherung, eine solche noch vor Einzug in die Einrichtung abzuschließen.

## § 21 Datenschutz

- (1) Der Bewohner vertraut sich mit seinem Einzug der Fürsorge durch die Einrichtung und ihren Mitarbeitern an. Im Gegenzug verpflichten sich die Einrichtung und ihre Mitarbeiter zur Diskretion und zu einem vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Informationen des Bewohners. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Weitergabe und der Einsichtnahme durch dritte Personen und Behörden. Die Einrichtung hat ihre Mitarbeiter über die Beachtung des Datenschutzes und ihrer Schweigepflicht belehrt.



- (2) Die Einzelheiten der Regelungen zum Datenschutz, zur Schweigepflicht und ihrer Entbindung ergeben sich aus den **Anlagen 7 - 8** dieses Vertrages.

## **§ 22 Beratungs- und Beschwerderechte, Teilnahme an Verbraucherstreitbeilegungsverfahren**

- (1) Bei Meinungsverschiedenheiten aus diesem Vertrag stehen dem Bewohner und seinen Angehörigen die Einrichtungsleitung und die Pflegedienstleitung zur Verfügung. Der Bewohner ist seinerseits verpflichtet, der Einrichtung sämtliche im Rahmen der Leistungserbringung der Einrichtung auftretenden Defizite zu melden, damit der Einrichtungsträger diese Mängel unverzüglich abstellen kann.
- (2) Jeder Bewohner hat zusätzlich das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie den anderen, in der **Anlage 12** jeweils aufgeführten Stellen beraten zu lassen und sich dort über Mängel bei Erbringung der in diesem Wohn- und Betreuungsvertrag vereinbarten Leistungen zu beschweren.
- (3) Der Einrichtungsträger nimmt nicht an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teil.

## **§ 23 Vertragsänderungen / Salvatorische Klausel / Schlussbestimmungen**

- (1) Mündliche Nebenabreden wurden nicht getroffen. Änderungen oder Ergänzungen dieses Vertrages sollen schriftlich getroffen werden.
- (2) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrags nichtig oder anfechtbar oder aus einem sonstigen Grunde unwirksam sein, so bleibt der übrige Vertrag dennoch wirksam. Es ist den Parteien bekannt, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs eine salvatorische Klausel lediglich zu einer Beweislastumkehr führt. Es ist jedoch die ausdrückliche Absicht der Parteien, die Gültigkeit der verbleibenden Bestimmungen in jedem Fall zu erhalten und demgemäß die Anwendbarkeit von § 139 BGB insgesamt auszuschließen.

## **§ 24 Widerrufsrecht**

Der Bewohner kann diesen Vertrag widerrufen, wenn es sich um einen sogenannten Außergeschäftsraum- oder Fernabsatzvertrag handelt. Zu den Voraussetzungen, den Folgen und zur Ausübung des Widerrufs wird auf die **Anlage 13** dieses Vertrages verwiesen.



## Anlagen:

Folgende Anlagen (angekreuzt) wurden dem Bewohner / Betreuer als Bestandteil des Vertrages ausgehändigt und wurden soweit vorgesehen unterzeichnet:

- ☒ 1 Anlagenkonvolut: Vorvertragliche Informationen nach § 3 WBVG, Entgeltabelle, Qualitäts- und Prüfbericht ( § 3 Abs. 3 HGBP)
- ☐ 2a Gesonderte Vereinbarung zum Ausschluss der Anpassung des Vertrages bei Änderung des Betreuungs- und Pflegebedarfs (gem. § 8 Abs. 4 WBVG und §§ 5 Abs. 3, 12 und 16 Abs. 2a Vertrag) im **Bereich „ Allgemeine Pflege“**

### oder

- ☐ 2b Gesonderte Vereinbarung zum Ausschluss der Anpassung des Vertrages bei Änderung des Betreuungs- und Pflegebedarfs (gem. § 8 Abs. 4 WBVG und §§ 5 Abs. 3, 12 und 16 Abs. 2a Vertrag) im **Fachbereich „Dementiell erkrankte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten“**
- ☐ 3 Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI (§§ 6 und 10 Abs. 3 Vertrag)
- ☐ 4 Sonstige Leistungen (§§ 6 und 10 Abs. 3 Vertrag)
- ☒ 5a SEPA Lastschriftenmandat (§ 11 Abs. 1 Vertrag)
- ☐ 5b Vereinbarung Beantragung Rentenüberleitung (§ 11 Abs. 1 Vertrag)
- ☐ 6 Vereinbarung Verwahrgeldkonto (§ 19 Abs. 2 Vertrag)
- ☒ 7 Hinweis zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten (§ 21 Abs. 2 Vertrag)
- ☒ 8 Einwilligung in die Übermittlung von Daten und Schweigepflichtentbindung (§ 21 Abs. 2 Vertrag)
- ☒ 9 Einwilligung Arzneimittelversorgung (§ 5 Abs. 4b Vertrag)
- ☐ 10 Allgemeingültige, unbefristete Einwilligungserklärung zur Nutzung von Foto- und Filmaufnahmen gem. Kunsturhebergesetz
- ☐ 11 Bevollmächtigung Verwahrung Krankenversicherungskarte (§ 5 Abs. 2 Vertrag)
- ☒ 12 Recht auf Beratung und Beschwerde (§ 22 Abs. 2 Vertrag)
- ☐ 13 Widerrufsrecht gemäß Fernabsatzgesetz und Widerrufsformular (§ 24 Vertrag)

Worms, 18.11.2024

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (Einrichtung)

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 2a

### **Gesonderte Vereinbarung zum Ausschluss der Anpassung des Vertrages bei Änderung des Betreuungs- und Pflegebedarfs nach § 8 Abs. 4 WBVG Bereich „Allgemeine Dauerpflege“**

Zwischen dem Unternehmen HDV gemeinnützige GmbH  
Freiligrathstraße 8, 64285 Darmstadt

als Träger des/der AGAPLESION SOPHIENSTIFT  
Name der Einrichtung - nachstehend „Einrichtung“ genannt -

und Max Mustermann  
Herrn/Frau - nachstehend „Bewohner“ genannt -

11 111 Musterstadt  
bisher wohnhaft in

vertreten durch Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
(amtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter)

Bei einer Änderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs hat der Heimträger dem Bewohner nach § 8 Abs. 1 WBVG grundsätzlich eine entsprechende Anpassung der Leistungen anzubieten. Sollte nach dem Einzug der Bewohnerin/des Bewohners ein für die Einrichtung nach ihrem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI nicht zu erbringende Pflege- oder Betreuungsbedarf entstehen, so darf die Einrichtung kein dementsprechend angepasstes Angebot unterbreiten, sondern ist vielmehr gezwungen, den Vertrag zu beenden.

Die Einrichtung besitzt in den folgend aufgeführten Krankheitsbildern nicht die für die Versorgung erforderlichen konzeptionellen, personellen und sächlichen Voraussetzungen.

Die Einrichtung ist nach ihrer konzeptionellen, personellen oder baulichen Ausrichtung nicht darauf eingerichtet, Bewohner mit folgenden Krankheitsbildern zu versorgen:

#### **1) Wachkoma, apallisches Syndrom und „Phase F“**

Wachkoma, apallisches Syndrom und „Phase F“ bedeuten, ...

- dass die Betroffenen nicht oder nicht kurzfristig behebbare hirnrorganische Schädigungen oder schwere und schwerste Schädigungen des zentralen Nervensystems erlitten haben, z.B. nach einem Kreislaufstillstand oder Schlaganfall. Wachkomapatienten können zwar die Augen geöffnet haben, können aber nicht bzw. nur äußerst eingeschränkt mit ihrer Umwelt kommunizieren. Sie sind nicht autonom bewegungsfähig und müssen rund um die Uhr umfassend versorgt werden.



Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

- die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **2) Intervallweise oder andauernde Beatmungsbedürftigkeit**

Beatmungsbedürftigkeit bedeutet, ...

dass der Betroffene, insbesondere etwa aufgrund organischer Schädigungen, ganz oder teilweise nicht in der Lage ist, eigenständig zu atmen, und deshalb zeitweise oder andauernd maschinell beatmet werden muss.

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

- die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **3) Besonderer Versorgungsbedarf in Form laufender Beaufsichtigung**

Besonderer Versorgungsbedarf in Form laufender Beaufsichtigung bedeutet, ... dass der Betroffene ständig unter der Aufsicht einer Pflegefachkraft stehen muss, sodass gewährleistet ist, dass bei eintretendem Bedarf sofort eine medizinisch-pflegerische Intervention erfolgen kann (z.B. das Absaugen von Bronchialsekreten oder die Pflege einer Trachealkanüle).

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

- die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **4) Suchtmittelabhängigkeit, chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker, Morbus Korsakow**

Die Krankheitsbilder zeichnen sich dadurch aus, dass ...

der Betroffene psychische und organische Beeinträchtigungen aufweist, die oftmals zu Desorientierung, Gedächtnisstörungen, Selbstvernachlässigung und nicht selten zu aggressivem oder autoaggressivem Verhalten führen.

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur fachgerechten Betreuung der Betroffenen mit den Kostenträgern vereinbart. Ihrem besonderen Betreuungsbedarf kann nur in spezialisierten Einrichtungen mit dafür spezifisch qualifiziertem Fachpersonal entsprochen werden.



## 5) Mobile pflegebedürftige Menschen mit bestehenden erheblichen Verhaltensauffälligkeiten

- bei denen das Vorliegen einer nicht ursächlich behandelbaren Demenz von einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie oder einem Arzt mit Zusatzbezeichnung „Geriatric“ diagnostiziert wurde und
- bei denen nach systematischer Verhaltensbeobachtung mit Hilfe der Cohen-Mansfield-Skala gemäß der modifizierten Variante des Bundeslandes Hessen (laut Anlage A zu § 3 Abs. 2 des Rahmenvertrages) Verhaltensauffälligkeiten vorliegen, die dazu führen, dass in der Cohen-Mansfield-Skala ein schwarzes oder drei grau unterlegte Felder erreicht werden oder bei denen in Einzelfällen ein therapeutisch schwer beeinflussbarer gestörter Tag-Nach-Rhythmus vorliegt,
- oder für die ein gerichtlicher Unterbringungsbeschluss vorliegt.

Die Betreuung dieser Bewohnerschaft erfordert in fachlicher Hinsicht eine besondere Personalausstattung, eine besondere Konzeption sowie besondere Sicherungsmechanismen, über die die Abteilung allgemeine Pflege nicht verfügt.

Bei Auftreten eines solchen Krankheitsbildes besteht jedoch für Bewohner ab Pflegegrad 2 die Möglichkeit, im Rahmen freier Kapazitäten in einen gerontopsychiatrischen Fachpflegebereich der Einrichtungen AGAPLESION SIMEONSTIFT Hainburg, AGAPLESION HAUS JOHANNES Hepenheim, AGAPLESION HAUS BICKENBACH, AGAPLESION HEIMATHAUS Darmstadt oder AGAPLESION DIETRICH BONHOEFFER HAUS Lampertheim zu den dort bestehenden Vergütungssätzen zu wechseln.

Worms, 22.01.2025

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (Einrichtung)

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)





## Anlage 2b

### **Gesonderte Vereinbarung zum Ausschluss der Anpassung des Vertrages bei Änderung des Betreuungs- und Pflegebedarfs nach § 8 Abs. 4 WBVG Bereich „Demenziell erkrankte Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten“**

Zwischen dem Unternehmen HDV gemeinnützige GmbH  
Freiligrathstraße 8, 64285 Darmstadt

als Träger des/der AGAPLESION SOPHIENSTIFT  
Name der Einrichtung - nachstehend „Einrichtung“ genannt -

und Max Mustermann  
Herrn/Frau - nachstehend „Bewohner“ genannt -

11 111 Musterstadt  
bisher wohnhaft in

vertreten durch Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
(amtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter)

Bei einer Änderung des Pflege- und Betreuungsbedarfs hat der Heimträger dem Bewohner nach § 8 Abs. 1 WBVG grundsätzlich eine entsprechende Anpassung der Leistungen anzubieten. Sollte nach dem Einzug der Bewohnerin/des Bewohners ein für die Einrichtung nach ihrem Versorgungsvertrag gemäß § 72 SGB XI nicht zu erbringende Pflege- oder Betreuungsbedarf entstehen, so darf die Einrichtung kein dementsprechend angepasstes Angebot unterbreiten, sondern ist vielmehr gezwungen, den Vertrag zu beenden.

Die Einrichtung besitzt in den folgend aufgeführten Krankheitsbildern nicht die für die Versorgung erforderlichen konzeptionellen, personellen und sächlichen Voraussetzungen.

Die Einrichtung ist nach ihrer konzeptionellen, personellen oder baulichen Ausrichtung nicht darauf eingerichtet, Bewohner mit folgenden Krankheitsbildern zu versorgen:

#### **1) Wachkoma, apallisches Syndrom und „Phase F“**

Wachkoma, apallisches Syndrom und „Phase F“ bedeuten, ...

- dass die Betroffenen nicht oder nicht kurzfristig behebbare hirnnorganische Schädigungen oder schwere und schwerste Schädigungen des zentralen Nervensystems erlitten haben, z.B. nach einem Kreislaufstillstand oder Schlaganfall. Wachkomapatienten können zwar die Augen geöffnet haben, können aber nicht bzw. nur äußerst eingeschränkt mit ihrer Umwelt kommunizieren. Sie sind nicht autonom bewegungsfähig und müssen rund um die Uhr umfassend versorgt werden.

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

- die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw.



die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **2) Intervallweise oder andauernde Beatmungsbedürftigkeit**

Beatmungsbedürftigkeit bedeutet, ...

dass der Betroffene, insbesondere etwa aufgrund organischer Schädigungen, ganz oder teilweise nicht in der Lage ist, eigenständig zu atmen, und deshalb zeitweise oder andauernd maschinell beatmet werden muss.

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

- die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **3) Besonderer Versorgungsbedarf in Form laufender Beaufsichtigung**

Besonderer Versorgungsbedarf in Form laufender Beaufsichtigung bedeutet, ... dass der Betroffene ständig unter der Aufsicht einer Pflegefachkraft stehen muss, sodass gewährleistet ist, dass bei eintretendem Bedarf sofort eine medizinisch-pflegerische Intervention erfolgen kann (z.B. das Absaugen von Bronchialsekreten oder die Pflege einer Trachealkanüle).

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

-die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur Erbringung solcher intensivpflegerischer Leistungen mit den Kostenträgern vereinbart. Außerdem werden nicht die erforderlichen Apparate und Einrichtungen zur Versorgung solcher Patienten vorgehalten.

## **4) Suchtmittelabhängigkeit, chronisch mehrfach geschädigte Alkoholiker, Morbus Korsakow**

Die Krankheitsbilder zeichnen sich dadurch aus, dass ...

der Betroffene psychische und organische Beeinträchtigungen aufweist, die oftmals zu Desorientierung, Gedächtnisstörungen, Selbstvernachlässigung und nicht selten zu aggressivem oder autoaggressivem Verhalten führen.

Der Ausschluss muss erfolgen, weil ...

die mit den Kostenträgern geschlossenen Vereinbarungen diese besondere Leistung nicht vorsehen. Entsprechend sind auch nicht die erforderliche erhöhte Personalausstattung bzw. die Refinanzierung des erforderlichen spezialisierten Personals zur fachgerechten Betreuung der Betroffenen mit den Kostenträgern vereinbart. Ihrem besonderen Betreuungsbedarf kann nur in spezialisierten Einrichtungen mit dafür spezifisch qualifiziertem Fachpersonal entsprochen werden.

## **5) Menschen mit bestehenden erheblichen Verhaltensauffälligkeiten, die nicht am besonderen Betreuungsangebot teilnehmen können**

Die Einrichtung hat sich gegenüber den Pflegekassen vertraglich verpflichtet, die hiesige gerontopsychiatrische Fachabteilung ausschließlich Bewohnern zur Verfügung zu stellen, die die speziellen Aufnahmekriterien gemäß der Konzeption des Beschützten Wohnbereichs für Menschen mit Demenz erfüllen.

Von einer Betreuung in diesem Wohnbereich ausgeschlossen sind pflegebedürftige Menschen, die aufgrund einer schweren dementiellen Erkrankung im Stadium vollständiger Hilflosigkeit nicht am besonderen Pflege- und Betreuungsangebot teilhaben können.



Dies sind insbesondere Menschen,

- die unfähig sind, sich alleine aufzusetzen,
- die unfähig sind zu lächeln, und
- die unfähig sind, den Kopf zu heben.

Bewohner, die diese Ausschlusskriterien erfüllen, können in der gerontopsychiatrischen Fachabteilung nicht betreut werden. Es besteht in diesem Fall keine Zulassung der Pflegekassen zur Erbringung pflegerischer Leistungen, so dass keine Zuzahlungen der Pflegekassen geleistet werden und auftretende Finanzierungslücken auch vom Sozialhilfeträger nicht übernommen werden.

Sofern diese Ausschlusskriterien eintreten sollten, besteht jedoch die Möglichkeit, im Rahmen freier Kapazitäten unter Berücksichtigung der individuellen Lebenssituation in einem angemessenen zeitlichen Rahmen in den Bereich "allgemeine Dauerpflege" dieser Einrichtung zu den dort bestehenden Vergütungssätzen zu wechseln.

**Vom Ausschluss ausgenommen** sind hingegen Bewohner, für die die Aufnahmekriterien bei Beginn des Aufenthaltes vorlagen, und bei denen sich während des Aufenthaltes positive Änderungen bei der systematischen Verhaltensbeobachtung mit Hilfe der Cohen-Mansfield-Skala ergeben. Dies gilt auch, wenn laut einer Entscheidung des Gerichts aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalls für einen Aufenthalt in einem geschlossenen oder einem mit besonderen Überwachungsmaßnahmen ausgestatteten Bereich kein Unterbringungsbeschluss mehr erforderlich ist. Es ist gerade das konzeptionelle Ziel der Einrichtung, Verhaltensauffälligkeiten zu verringern.

Worms, 22.01.2025

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (Einrichtung)

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)

### Anlage 3

#### Zusatzleistungen gem. § 88 SGB XI

(Angekreuzte Leistungen werden vereinbart, restliche Leistungen bei Inanspruchnahme)

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Telefonanschluss mit eigener Durchwahlnummer, einschließlich Telefonapparat und Verbindungsentgelte (ohne Sonderrufnummern) für <u>stationäre Dauerpflege</u>                                                                                                                                                          | <u>26,78</u>                                                                     |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern verfügbar</li> <li>• Pauschale Gebühr</li> <li>• Monatlich</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Telefonanschluss mit eigener Durchwahlnummer, einschließlich Telefonapparat und Verbindungsentgelte (ohne Sonderrufnummern) für <u>Kurzzeitpflegegäste</u>                                                                                                                                                             |                                                                                  |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern verfügbar</li> <li>• Pauschale Gebühr</li> <li>• Wöchentlich</li> <li>• Max. monatlich</li> </ul>                                                                                                                                                                      | <u>26,78</u><br><u>7,44</u>                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Bei Inanspruchnahme des Personals der Einrichtung werden Gebühren berechnet, soweit diese nicht in Unterkunft und Verpflegung enthalten sind (z. B. Instandhaltung der Wäsche, Bewirtungskosten privater Veranstaltungen, Begleitung bei Einkäufen, Beschaffung persönlicher Gebrauchsgegenstände und Bekleidung etc.) | <u>18,00</u>                                                                     |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abrechnung nach Zeitaufwand</li> <li>• je angefangene Zeiteinheit von 15 Minuten</li> </ul>                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Bereitstellung spezieller zusätzlich gewünschter Speisen und Getränke                                                                                                                                                                                                                                                  | Preisliste des Caterers                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Kosten der privaten Veranstaltungen                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                  |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• nach Preisliste des Caterers</li> <li>• ggf. Inanspruchnahme des Personals</li> <li>• ggf. Mieten der Räume</li> </ul>                                                                                                                                                        |                                                                                  |
|                          | unter 50 qm                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <u>50,00</u>                                                                     |
|                          | über 50 qm                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <u>75,00</u>                                                                     |
| <input type="checkbox"/> | Komfortzimmerzuschlag (besonders große Zimmer und oder luxuriöse Ausstattung)                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                  |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern verfügbar</li> <li>• Komfort</li> <li>• Komfort plus</li> <li>• täglich</li> </ul>                                                                                                                                                                                     | <u>8,93</u><br><u>14,14</u>                                                      |
| <input type="checkbox"/> | Zuschlag für Balkon (ohne Ausstattung)                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <u>3,13</u>                                                                      |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern verfügbar</li> <li>• täglich</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Wellnessangebote                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <u>14,88</u>                                                                     |
|                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sofern verfügbar</li> <li>• Je angefangene 15 Minuten</li> </ul>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Einzelbelegung eines Doppelzimmers                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                  |
|                          | • täglich                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> | Ausflüge über das Regelangebot hinaus -sofern verfügbar-                                                                                                                                                                                                                                                               | Preise gemäß Angebot zzgl. Kosten des begleitenden Personals                     |
| <input type="checkbox"/> | Zimmerservice auf Wunsch des Bewohners                                                                                                                                                                                                                                                                                 | je Mahlzeit <u>2,24</u>                                                          |
| <input type="checkbox"/> | Bereitstellung von Hygieneartikeln (Shampoo, Duschgel, Zahnpasta, Zahnbürste, Haftcreme, Bodylotion)                                                                                                                                                                                                                   | Nach Preisliste des Anbieters zzgl. 2,98 € pro Bestellung für Verwaltungsaufwand |

Leistungen sofern verfügbar; Alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 4

### Sonstige Leistungen

(Angekreuzte Leistungen werden vereinbart, restliche Leistungen bei Inanspruchnahme)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bei Inanspruchnahme des Personals der Einrichtung werden Gebühren berechnet, soweit diese nicht in Unterkunft und Verpflegung enthalten sind (z.B. Reparatur oder Instandsetzung der eigenen Möbel im Zimmer, Montage eigener Beleuchtung, Einkaufsservice und Botengänge, Räumung des Appartements/ Zimmers, Entsorgung von privaten Gegenständen und Haustierbetreuung) <ul style="list-style-type: none"><li>• Abrechnung nach Zeitaufwand</li><li>• je angefangene Zeiteinheit von 15 Minuten</li></ul> | <u>18,00</u>                 |
| <input type="checkbox"/> Chemische Reinigung von Kleidungsstücken                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | nach Rechnung der Fremdfirma |
| <input type="checkbox"/> Abrechnung externer Dienstleister über das Verwahrungskonto (über die Taschengeldverwaltung hinaus) <ul style="list-style-type: none"><li>• Pauschale Gebühr</li><li>• monatlich</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <u>10,66</u>                 |
| <input type="checkbox"/> Kosten für Friseur, Fußpflege, Massagen etc.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | nach Rechnung der Fremdfirma |
| <input type="checkbox"/> Prüfung ortsveränderlicher Elektrogeräte nach DGUV3 (ehemals BGV-A3) <ul style="list-style-type: none"><li>• Grundgebühr/zurzeit alle zwei Jahre</li><li>• zzgl. je Gerät</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <u>12,50</u><br><u>7,44</u>  |
| <input type="checkbox"/> Lagerung von Bewohnergegenständen/ Lagerung des Nachlasses <ul style="list-style-type: none"><li>• Je angefangenem Monat</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>150,00</u>                |

Leistungen sofern verfügbar; alle Preise inklusive gesetzlicher Mehrwertsteuer

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 5a

### SEPA Lastschriftenmandat

Max Mustermann

Name Bewohner/Bewohnerin

Debitorennummer

Gläubiger-Identifikationsnummer DE13HDV00000374640

Mandatsreferenz

Ich ermächtige hiermit die HDV gGmbH, als Träger des AGAPLESION Wählen Sie ein Element aus. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der HDV gGmbH auf mein Konto bezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen.

Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: Max Mustermann

Adresse, PLZ, Ort: Musterstraße 1, 11 111 Musterstadt

IBAN: DE \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)





## Anlage 5b

### Vereinbarung Beantragung Rentenüberleitung

Zwecks der direkten Überweisung der Rente/Zusatzrente

des/der Bewohner/in Herrn/Frau Max Mustermann

an die HDV gGmbH stelle ich bei

\_\_\_\_\_  
(Name/Anschrift des Rentenversicherers)

\_\_\_\_\_  
(Name/Anschrift des Zusatzrentenversicherers)

einen Antrag auf Überleitung.

Der Antrag ist bei der Einrichtungsleitung einzureichen und wird von dieser nach der weiteren Bearbeitung an oben genannte Stelle zurückgesendet.

Worms, 20.01.2022

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 6

### Vereinbarung Verwahrgeldkonto

Zwischen dem Unternehmen HDV gGmbH  
Freiligrathstraße 8, 64285 Darmstadt

als Träger der Einrichtung  
AGAPLESION SOPHIENSTIFT

- nachstehend "Einrichtung" genannt -

und Max Mustermann  
Herrn/Frau

- nachstehend „Bewohner“ genannt -

11 111 Musterstadt  
bisher wohnhaft in

vertreten durch Herrn/Frau  
(amtlich bestellter Betreuer oder Bevollmächtigter)

- (1) ☐ Der Unterzeichner verpflichtet sich, monatlich zum \_\_\_\_\_ (Datum) auf das nachfolgende Bankkonto für den Bewohner \_\_\_\_\_ einen Barbetrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ einzuzahlen:

Kontoinhaber: HDV gemeinnützige GmbH AGAPLESION SOPHIENSTIFT  
IBAN: DE13 3702 0500 0020 1719 21  
BIC, Kreditinstitut: BFSWDE33XXX, Bank für Sozialwirtschaft

- ☐ Der Unterzeichner verpflichtet sich, monatlich zum \_\_\_\_\_ (Datum) für den Bewohner \_\_\_\_\_ einen Barbetrag in Höhe von € \_\_\_\_\_ bar in der Einrichtung einzuzahlen.

- (2) Die Verwahrgeldverwaltung wird auf Guthabenbasis geführt, d. h., ein Überziehungsrahmen wird nicht eingeräumt. Bei mangelnder Deckung erfolgt keine weitere Auszahlung. Es findet keine Verzinsung der eingezahlten Beträge statt.

Der/die Bewohner/in/Bevollmächtigte/Betreuer/in/ Angehörige kann jederzeit Auskunft und/oder Einsichtnahme über/ über den aktuellen Bestand verlangen oder Kontoauszüge anfordern. Dritten ist dies nur mit ausdrücklicher Zustimmung des/der Bewohners/in Bevollmächtigten/Betreuers/in/ Angehörigen möglich.

- (3) Der Unterzeichner beauftragt die Einrichtung

- ☐ das Guthaben dem Bewohner \_\_\_\_\_ als monatlichen einmaligen Barbetrag auszusahlen. Die Auszahlung erfolgt regelmäßig am \_\_\_\_\_ eines Monats an den/die Bewohner/in.



(4) Gegen eine Verwaltungsgebühr in Höhe von 10,66 € (inkl. gesetzlicher MwSt.) monatlich, ist die direkte Abrechnung externer Dienstleister\* über das Verwahrgeldkonto und eine jederzeitige Bargeldabhebung während der Kassenöffnungszeiten möglich. Der Unterzeichner beauftragt die Einrichtung

- ☐ für/mit dem/der Bewohner/in den Barbetrag für die nachfolgend festgelegten Verwendungszwecke einzusetzen und entsprechende Dienstleister zu beauftragen:

| Verwendungszweck*                  | Betrag (in Euro, nach Rechnung, unbegrenzt im Rahmen der Deckung) | Häufigkeit (tgl, wö, monatl., festes Datum, auf Anforderung des Bewohners) |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Friseur                            | _____                                                             | _____                                                                      |
| Fußpflege                          | _____                                                             | _____                                                                      |
| Pflegeartikel                      | _____                                                             | _____                                                                      |
| persönlicher Bedarf                | _____                                                             | _____                                                                      |
| Sonstiges<br>(bitte spezifizieren) | _____                                                             | _____                                                                      |

**\* Bitte beachten Sie, dass über das Verwahrgeldkonto nur Leistungen abgerechnet werden können, die von unseren Kooperationspartnern oder von der Einrichtung selbst erbracht wurden.**

a)  
Der/die Bewohner/in Bevollmächtigte/Betreuer/in/ Angehörige ermächtigt die Einrichtung ferner, für den Bewohner eingehende Rechnungen (der Kooperationspartner / der Einrichtung), insbesondere von Apotheken, Arzt, Friseur oder Fußpflege sowie die Abrechnung des hauseigenen Kiosks, mittels Bargeld zu zahlen.

b)  
Der/die Bewohner/in hat darüber hinaus, während der Kassenöffnungszeiten, jederzeit das Recht, über die Einrichtung Geldabhebungen vom Bargeldkonto, soweit ein Guthaben besteht, vorzunehmen. Besteht für den Bewohner ein Vertreter für Vermögensangelegenheiten, wird von diesem mit Unterzeichnung folgender Verfügungsrahmen für die Barauszahlung festgelegt:

wöchentlich / monatlich (*nicht Zutreffendes bitte streichen*) € \_\_\_\_\_

(5) Der Bewohner bzw. der Betreuer hat das jederzeitige Recht, die Vereinbarung zu widerrufen. Dieser Widerruf ist gegenüber dem Heim schriftlich zu erklären.

(6) Abweichende Vereinbarungen:

Worms, 22.01.2025

Ort, Datum

Ort, Datum

Unterschrift (Einrichtung)

Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 7

### Hinweise zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten

#### **Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann sich der Bewohner wenden?**

Für die Datenverarbeitung ist verantwortlich HDV gemeinnützige GmbH  
Freiligrathstr. 8  
64285 Darmstadt  
Telefon: (06151) 30 75 - 0  
E-Mail: hdv@agaplesion.de

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter      Hdv.datenschutzbeauftragter@agaplesion.de

Oder unserer Postadresse mit dem Zusatz „der Datenschutzbeauftragte“.

Der Bewohner hat ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:  
Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland für die Datenschutzregion Mitte-West Außenstelle Dortmund, Friedhof 4, 44135 Dortmund  
Tel.: 0231/533 827-0, Fax: 0231/533 827-20, mitte-west@datenschutz.ekd.de

#### **Welche Daten nutzen wir und woher beziehen wir diese?**

Wir verarbeiten insbesondere solche personenbezogenen Informationen, die wir im Rahmen der Vertragsanbahnung, des Vertragsschlusses und während der Vertragsdurchführung erhalten.

Dies sind grundsätzlich die Personalien (Name, Adresse und andere Kontaktdaten, Geburtsdatum und -ort, Staatsangehörigkeit) des Bewohners, aber auch uns benannter Angehöriger/Vertreter, die wir von dem Bewohner erhalten.

Es können auch Daten über die finanzielle Situation des Bewohners, beispielsweise über den Bezug von Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, Rentenbezüge oder den Bezug weiterer Leistungen wie Sozialhilfe sein.

Zu den verarbeiteten Daten gehören auch besondere Kategorien personenbezogener Daten wie zum Beispiel Gesundheitsdaten, die wir vom Bewohner oder dessen Vertreter erhalten, wie medizinische Befunde, ärztliche Verordnungen, MDK-Gutachten, Bescheide über die Einstufung in Pflegegrade, Dokumentationsdaten aus einer Pflege- und Wunddokumentation etc.

Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erfüllung unserer Leistungen erforderlich – personenbezogene Daten, auch Gesundheitsdaten, die wir von anderen Unternehmen oder sonstigen am Pflege- und Betreuungsprozess beteiligten Dritten (Ärzten, Apothekern, Ergo- und Physiotherapeuten, Krankenhäusern, Hilfsmittellieferanten, Friseuren, Fußpflegern, Kranken- und Pflegekassen, Sozialhilfeträgern, etc.) zulässigerweise, zum Beispiel im Zusammenhang mit der Durchführung von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen, zur Erfüllung von Verträgen oder aufgrund einer gesonderten Einwilligung des Bewohners, erhalten haben.

Schließlich verarbeiten wir personenbezogene Daten, die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z. B. Standes- und Grundbuchämter, Schuldnerverzeichnisse, Handels- und Insolvenzregister) zulässigerweise gewonnen haben und verarbeiten dürfen.



## Wozu verarbeiten wir die Daten und auf welcher Rechtsgrundlage?

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung sind §§ 6, 13 Abs. 2 des Kirchengesetzes über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland.

Die Verarbeitung erfolgt vorrangig zur Erfüllung vertraglicher Pflichten (§ 6 Nr. 5, 13 Abs. 2 Nr. 8), nämlich der Erbringung unserer Leistungen. Dies kann die interne Verarbeitung beispielsweise zur Planung und Durchführung der Betreuungs- und Pflegemaßnahmen sein, aber auch die Konsultation und der Datenaustausch mit Ärzten, Physio- und Ergotherapeuten, Apothekern oder sonstigen an der Erbringung der Leistungen beteiligten Dritten wie Wäschereien oder Cateringunternehmen.

Soweit erforderlich, verarbeiten wir die Daten über die eigentliche Erfüllung des Vertrages hinaus zur Wahrung berechtigter Interessen von uns oder Dritten (§ 6 Nr. 8, 13 Abs. 2 Nr. 8), beispielsweise in folgenden Fällen:

- Konsultation von und Datenaustausch mit Kranken- und Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern zur Abrechnung unserer Leistungen;
- Konsultation von und Datenaustausch mit Abrechnungsdienstleistern zur Abrechnung unserer Leistungen, weil diese uns von den Kranken- und Pflegekassen benannt wurden oder dass wir die Abrechnung einem Abrechnungsdienstleister übertragen haben;
- Konsultation von und Datenaustausch mit Auskunftseien zur Ermittlung von Bonitäts- und Ausfallrisiken;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Weiterhin unterliegen wir diversen gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen (z. B. dem Infektionsschutzgesetz, landesheimrechtlichen Regelungen und den Regelungen der Sozialgesetzbücher). Zu den Zwecken der Verarbeitung in diesem Zusammenhang (§ 6 Nr. 6, 13 Abs. 2 Nr. 9) gehören unter anderem Meldepflichten an gesetzlich benannte Stellen, zum Beispiel im Falle des Auftretens meldepflichtiger Erkrankungen.

Auch eine Einwilligung zur Verarbeitung der Daten für bestimmte Zwecke (§ 6 Nr. 2, 13 Abs. 2 Nr. 1) berechtigt uns zur Verarbeitung. Für diese Fälle haben wir **die Anlage 8** beigefügt, aus der Sie ersehen können, zu welchen Zwecken wir Ihre Einwilligung in die Datenverarbeitung erbitten. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf wirkt jedoch nur für die Zukunft. Verarbeitungen, die vor dem Widerruf erfolgt sind, sind davon nicht betroffen.

## Wer erhält Daten des Bewohners?

Die personenbezogenen Daten werden nur den Mitarbeitern oder Dritten zugänglich gemacht, die für die entsprechenden Aufgaben zuständig sind. Gesundheitsdaten werden nur den Mitarbeitern oder Dritten zugänglich gemacht, die einer entsprechenden Schweigepflicht unterliegen und in deren Verantwortung verarbeitet.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nur, soweit dies für die Vertragsdurchführung oder aus den oben dargestellten Gründen erforderlich ist, beispielsweise zur Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Kostenträgern, zum Austausch mit anderen am Pflege- und Betreuungsgeschehen beteiligten Leistungserbringern, mit Kooperationspartnern wie Caterer, Wäschereien und Reinigungsunternehmen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Meldepflichten etc.

Auch von uns eingesetzte Auftragsdatenverwalter können zu den genannten Zwecken Daten erhalten. Dies sind beispielsweise unsere IT-Dienstleister, aber auch von uns mit der Abrechnung der Leistungen beauftragte Abrechnungsunternehmen. Diese sind vertraglich verpflichtet, die Daten ausschließlich für die von uns vorgegebenen Aufgaben zu verwenden.

Eine darüber hinausgehende Verarbeitung bedarf der ausdrücklichen und jederzeit widerruflichen Einwilligung des Bewohners.

### Wie lange werden die Daten gespeichert?

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre Daten für die Dauer des Vertragsverhältnisses, was auch die Anbahnung und Abwicklung des Vertragsverhältnisses umfasst.

Die Daten können über die Beendigung des Vertrages hinaus gespeichert werden, soweit dies zur Abwicklung des Vertrages, zur Rechtsverfolgung bzw. -verteidigung oder zur Erfüllung gesetzlicher Pflichten erforderlich ist. So unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), der Pflege-Buchführungsverordnung (PBV) sowie den auf Basis der Sozialgesetzbücher geschlossenen Landesrahmenverträgen ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis zehn Jahre.

Die Speicherdauer im Falle der Abwicklung des Vertrages, zur Rechtsverfolgung bzw. -verteidigung beurteilt sich nach den gesetzlichen Verjährungsvorschriften, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) in der Regel drei Jahre, in besonderen Fällen auch bis zu dreißig Jahren betragen können.

### Ihre Rechte

#### Welche Datenschutzrechte haben der Bewohner und andere betroffene Personen?

Der Bewohner und andere betroffene Personen haben das Recht auf **Auskunft** sowie auf **Berichtigung** oder **Löschung** oder auf **Einschränkung** der Verarbeitung der über sie erhobenen Daten, auf **Widerspruch** gegen die Verarbeitung sowie das Recht aus **Datenübertragbarkeit**.

Um eines Ihrer oben aufgeführten Rechte geltend zu machen, können Sie sich jederzeit an uns wenden. Sollten Sie der Auffassung sein, dass wir Ihre personenbezogenen Daten in unzulässiger Weise verarbeiten, kontaktieren Sie uns bitte:

Kontaktaten: HDV gemeinnützige GmbH, Freiligrathstr. 8, 64285 Darmstadt. Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten unter: [Hdv.datenschutzbeauftragter@agaplesion.de](mailto:Hdv.datenschutzbeauftragter@agaplesion.de). Sie haben zudem das Recht sich an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland für die Datenschutzregion Mitte-West Außenstelle Dortmund, Friedhof 4, 44135 Dortmund, T (0231) 533 827-0, F (0231) 533 827-20; [mitte-west@datenschutz.ekd.de](mailto:mitte-west@datenschutz.ekd.de)

Im Rahmen des Vertrages muss der Bewohner grundsätzlich nur die Daten zur Verfügung stellen, die für den Abschluss, die Durchführung, Beendigung und Abwicklung des Vertrages erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir aber in der Regel den Abschluss eines Vertrages ablehnen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und gegebenenfalls beenden müssen.



## Anlage 8

### Einwilligung in die Übermittlung von Daten und Schweigepflichtentbindung

Sie wurden in unserem Muster-Vertrag vorab darüber informiert, an wen wir ihre Gesundheits- bzw. Pflegezustandsdaten weitergeben und das es Ihnen frei steht der Weiterleitung an die folgenden Stellen zu zustimmen oder nicht. Sie haben sich für die Weiterleitung ihrer Gesundheits- bzw. Pflegezustandsdaten entschieden.

Frau / Herr Max Mustremann (Name, Vorname des Bewohners) willigt ein, dass der Einrichtungsträger

- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand, insbesondere den Pflegegrad des Bewohners, verarbeitet und an die den Bewohner **ambulant und stationär behandelnden Ärzte** sowie sonstige den Bewohner behandelnde Personen wie **Apotheker, Ergotherapeuten, Logopäden etc.**, soweit diese zur vertragsgemäßen Erbringung ihrer Leistungen an den Bewohner Auskünfte, Aufzeichnungen, Befunde und Gutachten benötigen, insbesondere zur Abstimmung der Pflege mit medizinisch gebotenen Maßnahmen einschließlich der Gabe von Medikamenten und des Einsatzes von Heil- und Hilfsmitteln, außerhalb der Behandlung und der daran anschließenden Verarbeitung der Daten bei Notfällen. Die genauen Personen werden dem Bewohner bei Bedarf vor Datenübermittlung mitgeteilt. Des Weiteren kann zu jeder Zeit Auskunft über aktuell an der Behandlung beteiligten Personen Auskunft gegeben werden.
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und an die **Pflegekasse des Bewohners** zum Zwecke der Sicherstellung der Finanzierung der erbrachten Pflegeleistungen, insbesondere hinsichtlich der Einstufung des Bewohners in Pflegegrade,
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und an den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung** zum Zwecke der Erstellung von Gutachten, insbesondere hinsichtlich der Einstufung des Bewohners in Pflegegrade,
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und an **externe Sachverständigen** zum Zwecke der Führung von Fallgesprächen und Supervisionen,
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und das Datum des Ein- und Auszugs des Bewohners, Informationen über die finanziellen Verhältnisse des Bewohners, den Wohn- und Betreuungsvertrag und die Höhe der aktuellen Entgelte an den **Sozialhilfeträger oder die Wohngeldstelle**, soweit diese Unterlagen und Auskünfte für die Sicherstellung der Finanzierung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen benötigen,
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere den Pflegegrad, verarbeitet und das Datum des Ein- und Auszugs des Bewohners sowie die Höhe der aktuellen Entgelte an eine **externe Abrechnungsstelle**, soweit dies zur Abrechnung des Entgelts erforderlich ist,
- ☐ Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners, insbesondere ansteckungsfähige Erkrankungen, verarbeitet und an **externe Dienstleister wie Wäschereien und Reinigungsunternehmen**, wenn der Einrichtungsträger die erforderlichen Daten über den Gesundheits- und Pflegezustand des Bewohners zur Verfügung stellen muss, um die ordnungsgemäße Durchführung der Leistungen des Dienstleisters zu ermöglichen,

übermittelt.





## Schweigepflichtentbindung

Hierzu entbindet der Bewohner das ihn betreuende Personal des AGAPLESION Wählen Sie ein Element aus. von der Schweigepflicht. Die Entbindung von der Schweigepflicht ist auf die oben angekreuzten Zwecke beschränkt und gilt nur für diese. Ich wurde als Bewohner darüber aufgeklärt, dass ich sowohl meine Einwilligung als auch Schweigepflichtentbindung jeweils – auch teilweise – widerrufen kann.

## Widerrufsrecht

Diese Erklärung ist jederzeit – auch teilweise – widerrufbar und gilt ansonsten über den Tod des Bewohners hinaus, bis die genannten Zwecke erreicht sind. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt. Der – auch teilweise – Widerruf kann, jedoch dazu führen, dass der Einrichtungsträger seine Leistungen nicht mehr vertragsgemäß erbringen kann. Gegebenenfalls ist ihm dadurch eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zuzumuten und er ist berechtigt, den Vertrag zu kündigen.

Der Widerruf ist in Textform an die Einrichtung zu richten.

Der Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung von Dritten an uns ist jeweils entsprechend dorthin zu richten.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 9

### Einwilligung Arzneimittelversorgung / Erklärung des Bewohners über die Versorgung mit Medikamenten

#### Vereinbarung:

Name: Mustermann Vorname: Max Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Mein **Betreuer (soweit amtlich bestellt)/Bevollmächtigter:**

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

Straße und Hausnummer: \_\_\_\_\_

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

Ich bin darüber informiert, dass die Apotheke \_\_\_\_\_ (Name der Apotheke eintragen) Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass die Apotheke mit diesem Kontakt aufnimmt. Gleichzeitig beauftrage ich die Apotheke, Rezepte beim zuständigen Arzt anzufordern und abzuholen.

Weiterhin beauftrage ich die Apotheke unter Wahrung meines Eigentums an meinen Medikamenten, die ich ihr zu diesem Zwecke überlasse, daraus die erforderlichen **Tages- oder Wochendosen nach Maßgabe der ärztlichen Verordnung** vorzubereiten, zusammenzustellen und in geeigneten Verteilsystemen dem verantwortlichen Pflegepersonal zur Weitergabe an mich auszuhändigen (Patientenindividuelle Verblisterung). Ich habe jederzeit Zugriff auf meine Medikamente und kann diese unverzüglich anfordern. Ich behalte mir vor, diesen Auftrag jederzeit und ohne Einhaltung einer Frist zu widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten von der Apotheke bzw. dem von der Apotheke beauftragten Dienstleister (§ 13 Abs. 2 Nr. 8 EKD-Datenschutzgesetz DSG-EKD) gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke bzw. dem Personal des von der Apotheke beauftragten Dienstleisters, das der Schweigepflicht unterliegt, und meinen behandelnden Ärzten im Rahmen des oben genannten Zweckes und bei arzneimittelbezogenen Problemen mitgeteilt werden.

Im Übrigen erfolgt keine Weitergabe meiner Daten an Dritte, es sei denn, ich stimme dem ausdrücklich zu. Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten durch die Apotheke erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen.



Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angaben von Gründen widerrufen werden. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Zwischen der oben genannten Apotheke und der Pflegeeinrichtung AGAPLESION SOPHIEN-STIFT besteht ein genehmigter Versorgungsvertrag nach §12a Apothekengesetz. **Zudem erklärt die Apotheke**, die vorstehende Beauftragung anzunehmen und die Verantwortung gegenüber dem Auftraggeber/der Pflegeeinrichtung für die zeitgerechte und ärztliche Verordnung entsprechende Dosierungen und Zusammenstellungen der Tagesmedikation aus den überlassenen Medikamenten zu tragen. Die persönlichen Daten des Bewohners werden ausschließlich im Rahmen der medikamentösen Versorgung und obenstehender Erklärung gespeichert bzw. verwendet.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 10

### Allgemeingültige, unbefristete Einwilligungserklärung zur Nutzung von Foto- und Filmaufnahmen sowie Textbeiträgen

Max Mustermann 11 111 Musterstadt, Musterstraße 1

Name, Vorname in DRUCKBUCHSTABEN (ggf. Adresse für Belegexemplar)

#### Ich erkläre mein Einverständnis mit der Verwendung von Aufnahmen meiner Person (oder der gesetzlich zu betreuenden / minderjährigen Person) für folgende Zwecke:

- Im Rahmen der Unternehmenskommunikation / Öffentlichkeitsarbeit (z.B. im Alltag, Tag der offenen Tür, Sommerfest, Messen etc.)
- Printmedien (z.B. Broschüren, Mitarbeiter- und Hauszeitungen, Bildergalerien, Verkehrsmittelwerbung etc.)
- Digitale Medien (z.B. Veröffentlichung auf den Webseiten und im Intranet; Social Media, wie Facebook, Instagram, YouTube etc.)
- Weitergabe an Pressevertreter im Rahmen der konzernweiten Pressearbeit (Print und online)

#### Ferner bin ich damit einverstanden, dass:

- mein Vor- und Nachname mit angegeben wird.
- Bildnisse meiner Person bearbeitet werden dürfen.

Ich erkläre mich außerdem mit einer unentgeltlichen Verwendung der Aufnahmen einverstanden.

Ich werde hiermit darauf hingewiesen, dass die Daten und Bildnisse bei der Veröffentlichung im Internet weltweit abrufbar sind, auch aus Ländern, in denen kein oder kein hinreichender Datenschutzstandard besteht. Eine Weiterverwendung oder ein Auffinden dieser Informationen durch Dritte oder über Archivfunktionen von Suchmaschinen, kann daher nicht generell ausgeschlossen werden.

Haben bei der Veröffentlichung eines Gruppenfotos alle auf dem Foto abgebildeten Personen in die Veröffentlichung eingewilligt, führt der spätere Widerruf einer einzelnen Person grundsätzlich nicht dazu, dass das gesamte Bild entfernt werden muss.

Die Einverständniserklärung gilt ab dem Datum der Unterschrift bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Einwilligung widerrufen wird. Dies ist jederzeit ohne Angabe von Gründen möglich. Nach meinem Tod gilt die Einwilligung fort, sofern sie nicht von meinen Angehörigen im Sinne des § 22 KUG widerrufen wird. Für den Fall, dass Sie die Einwilligungserklärung nicht abgeben möchten, ist dies für Sie mit keinerlei Nachteilen verbunden.

**Diese Einwilligung ist freiwillig und kann von mir jederzeit, ohne Nachteile für mich, ganz oder teilweise widerrufen werden.** Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft. Bereits produzierte Print- und Digitalmedien sind von dem Widerruf bis zur Neuauflage ausgenommen. Der Widerruf ist zu richten an: [hdv.presse@agaplesion.de](mailto:hdv.presse@agaplesion.de)

Weiterführende Informationen zum Datenschutz finden Sie unter folgendem Link: <https://www.hdv.agaplesion.de/datenschutzhinweise>

Ort, Datum

Unterschrift Bewohner:in / Mitarbeiter:in

Ort, Datum

Im Falle einer gesetzlichen Betreuung /  
Bei Minderjährigen Eltern / Sorgeberechtigten

*Achtung bei der Einstellung von Fotos Minderjähriger, die das 15. Lebensjahr vollendet haben (z.B. Praktikanten oder Auszubildende), ist neben der Einwilligung der Personenberechtigten auch die Einwilligung des Minderjährigen erforderlich!*

Diese Einwilligungserklärung wird zu den Personalakten / Bewohnerakten genommen.



## Anlage 11

### Bevollmächtigung Verwahrung Krankenversicherungskarte

Frau / Herr Max Mustermann

bevollmächtigt die

Einrichtung AGAPLESION SOPHIENSTIFT ab dem [Klicken Sie hier](#), um ein Datum einzugeben.

die Versicherungskarte der \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse) in Verwahrung zu nehmen und zu Behandlungs- bzw. zum jeweiligen Quartalsbeginn an den behandelnden Arzt auszuhändigen.

Wir weisen darauf hin, dass die Bewohnerin/der Bewohner, sofern sie/er die Krankenversicherungskarte selbst verwaltet, dafür Sorge zu tragen hat, diese zu Quartalsbeginn allen behandelnden Ärzten vorzulegen, da ansonsten die ärztliche Behandlung sowie das Ausstellen von Rezepten und Verordnungen nicht gewährleistet sind.

Diese Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Worms, 22.01.2025

Ort, Datum

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Anlage 12

### Recht auf Beratung und Beschwerde

- Wenn Sie Beratung brauchen, Beschwerden haben oder Lob aussprechen wollen, wenden Sie sich in erster Linie an die Einrichtungsleitung oder die Pflegedienst-leitung im Haus.
- Bei Problemen haben Sie die Möglichkeit, Ihre Beratungswünsche und Beschwerden unmittelbar an den Träger der Einrichtung zu richten. Dieser ist unter folgender Anschrift zu erreichen:

HDV gGmbH 64285 Darmstadt, Freiligrathstraße 8,  
Tel. (06151) 30 75 - 0, Fax (06151) 30 75 - 29 201  
Mail: [ihremeinung.hdv@agaplesion.de](mailto:ihremeinung.hdv@agaplesion.de)

- Sie können Ihre Beratungswünsche oder Beschwerden auch an den Heimbeirat richten. Die Vorsitzende / Der Vorsitzende ist zurzeit

Herr / Frau \_\_\_\_\_ zu erreichen im Zimmer Nr. \_\_\_\_\_

- Nachfolgend sind einige Anschriften und Telefonnummern von Institutionen aufgeführt, an die Sie sich ebenfalls wenden können:

#### 1. Zuständiger Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege:

Diakonie Hessen Ederstraße 12  
60486 Frankfurt am Main  
Telefon: (069) 79 47 - 0  
Fax: (069) 7947 - 99 63 98  
E-Mail: [kontakt@diakonie-hessen.de](mailto:kontakt@diakonie-hessen.de)

oder

Diakonie Pfalz  
Karmeliterstr. 20 -  
67346 Speyer  
Telefon: (06232) 664 - 0  
Fax: (06232) 664 - 130  
E-Mail: [presse@diakonie-pfalz.de](mailto:presse@diakonie-pfalz.de)

#### 2. Zuständige Betreuungs- und Pflegeaufsicht:

Stadt Worms:

Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung BP-LWTG  
Rheinallee 97-101  
55118 Mainz  
Telefon: (06131) 967 - 0  
Fax: (06131) 967 - 510  
E-Mail: [poststelle-mz@lsjv.rlp.de](mailto:poststelle-mz@lsjv.rlp.de)

#### 3. Zuständige lokale und regionale Beratungsstelle/n:

##### **Stadt Worms**

Pflegstützpunkt Worms  
Kirschgartenweg 58  
67549 Worms  
Telefon: (06241) 97226-0  
Fax (06241) 97226-19



**4. Seniorenbeirat**

Stadtverwaltung Worms  
Seniorenbüro  
Rathaus  
Marktplatz 2  
67547 Worms  
Tel: (06241) 853 5701  
E-Mail: seniorenbuero@worms.de

**5. Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz**

Seppel-Glückert-Passage 10,  
55116 Mainz  
Tel: (06131) 28 48 - 0  
Fax: (06131) 28 48 - 66  
E-Mail: info@vz-rlp.de  
Internet: www.verbraucherzentrale-rlp.de

**6. Zuständiger Sozialhilfeträger:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift und Telefon/Fax-Nr.)

**7.. Anschrift der Kranken- und Pflegekasse der Bewohnerin / des Bewohners:**

\_\_\_\_\_  
(Name, Anschrift und Telefon/Fax-Nr.)

Ab dem 01.04.2016 werden Verbraucherschlichtungsstellen eingerichtet, die außerhalb von gerichtlichen Verfahren und Mediationsverfahren bei Streitigkeiten zwischen Unternehmen und Verbrauchern zur Streitschlichtung angerufen werden können, sofern die Unternehmer bereit oder verpflichtet sind, an solchen Streitschlichtungsverfahren teilzunehmen.

Unser Ziel ist es, Unstimmigkeiten mit Bewohnern vorrangig durch unsere betriebsinternen Ansprechpartner klären zu lassen. Sollte dies trotz intensiver Bemühungen nicht möglich sein, ist es unser Ziel, eine schnellstmögliche, rechtlich fundierte Klärung zu erreichen. Hierfür sehen wir die Gerichte als geeigneter an als die neu entstehenden Verbraucherschlichtungsstellen. Wir haben uns daher entschieden, nicht an Verbraucherschlichtungsverfahren teilzunehmen.





## Anlage 13

### Widerspruchsrecht gemäß Fernabsatzgesetz und Widerrufsformular

**Wird dieser Vertrag außerhalb der Geschäftsräume der Einrichtung, insbesondere durch reine Übersendung des Vertrages mittels Brief- oder E-Mail-Korrespondenz geschlossen, hat der Bewohner das Recht, binnen 14 Tagen nach Abschluss des Heimvertrages diesen ohne Angaben von Gründen zu widerrufen.**

Um das Widerrufsrecht auszuüben, muss der Bewohner mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. durch einen per Post versandten Brief, durch Telefax oder E-Mail) die Einrichtung über seinen Entschluss informieren, diesen Vertrag zu widerrufen. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist an folgenden Empfänger abgesandt wird:

Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Hierzu kann das beigegefügte Muster-Widerrufsformular verwendet werden, das jedoch nicht zur Verwendung vorgeschrieben ist.

#### Folgen des Widerrufs:

Wenn der Bewohner diesen Vertrag widerruft, hat die Einrichtung sämtliche Zahlungen, die sie erhalten hat, unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzahlen, an dem die Mitteilung über den Widerruf dieses Vertrags bei der Einrichtung unter der o.a. Adresse eingegangen ist. Für diese Rückzahlung wird dasselbe Zahlungsmittel verwendet, das bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt wurde, es sei denn, es wurde hierfür mit dem Bewohner ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden dem Bewohner wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Wurde hingegen ausdrücklich vereinbart, dass die Leistungen dieser Einrichtung (Wohnen, Pflege, hauswirtschaftliche Versorgung) bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist erbracht werden sollen, so hat der Bewohner für diese erbrachte Leistung einen angemessenen Betrag zu zahlen.

Für den Anteil der Dienstleistungen, die bis zu dem Zeitpunkt erbracht wurden, zu dem der Bewohner die Einrichtung von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrages unterrichtet, sind die mit den Kostenträgern hierfür vereinbarten Entgelte zu zahlen. In Anspruch genommene Zusatzleistungen sind angemessen zu vergüten.

In Kenntnis dieses gesetzlichen Widerrufsrechtes verlangt der Bewohner ausdrücklich und stimmt dem zu, dass der Bewohner bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist den Heimplatz bezieht und die im Heimvertrag vereinbarten Leistungen der Einrichtung erbracht werden sollen.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)



## Widerrufsformular

**Einrichtung:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

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

- Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Heimvertrag mit der Einrichtung.
- Datum des Abschlusses des Heimvertrages: \_\_\_\_\_
- Datum des Einzugs: \_\_\_\_\_
- Name des/der Bewohners/in: Max Mustermann
- Anschrift des/ der Bewohners/in: Musterstraße 1, 11 111 Musterstadt

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter)

## RAUM FÜR NOTIZEN



**Aktion**  
**Saubere Hände**  
Alten- und Pflegeheime

## IMPRESSUM

### Herausgeber

AGAPLESION WOHNEN & PFLEGEN SÜD  
gemeinnützige GmbH  
Freiligrathstraße 8, 64285 Darmstadt  
T (06151) 30 75 - 201

### Geschäftsführung

WOHNEN & PFLEGEN  
Bernhard Pammer

Für Satz- und Druckfehler keine Haftung.  
Änderungen vorbehalten, Irrtümer  
nicht ausgeschlossen.

Stand: Dezember 2024

[www.agaplesion.de](http://www.agaplesion.de)

*Da das Verwenden der geschlechtsspezifischen Formulierungen in einem Text oftmals die Lesefreundlichkeit einschränkt, benutzen wir in dieser Mappe aus rein praktischem Grund überwiegend nur eine Form, sprechen damit aber stets alle Geschlechtergruppen an.*

*Mit dem Ausfüllen von Formularen aus der vorliegenden Informationsmappe erkläre ich mich einverstanden, dass die AGAPLESION WOHNEN & PFLEGEN SÜD gemeinnützige GmbH meine Daten für interne Zwecke nutzt und speichert. Meine Daten werden keinesfalls an Dritte weitergegeben. Meine Einwilligung kann jederzeit per E-Mail an [awps@agaplesion.de](mailto:awps@agaplesion.de) oder per Post widerrufen werden.*

*Die Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Anlage des beiliegenden Mustervertrags „Wohn- und Betreuungvertrag“. Diese gelten auch bei Vertragsabschluss.*