

Verein für Berliner Stadtmission

Seniorenheim Müggelschlößchenweg



**Anmeldeunterlagen zur Aufnahme in unser
Seniorenheim Müggelschlößchenweg
Müggelschlößchenweg 46
12559 Berlin**

Telefon 030 65 48 45 – 0

Mail sh-msw@berliner-stadtmission.de

Sozialdienst sozialdienst-msw@berliner-stadtmission.de

Werte Interessentin, werter Interessent,

nachfolgend finden Sie alle notwendigen Unterlagen zur Anmeldung einer Aufnahme in unser Seniorenheim Müggelschlößchenweg.

Diese Zeit ist sehr aufregend und mit vielen Fragen und Sorgen verbunden. Gerne stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

Um eine Aufnahme in unser Seniorenheim prüfen zu können, benötigen wir den vollständig ausgefüllten Anmeldebogen und ein ärztliches Gutachten. Entweder nutzen Sie hierfür unseren Vordruck für Ihren Hausarzt oder den letzten Bericht aus dem Krankenhaus (so aktuell wie möglich).

Sollte eine Aufnahme möglich sein, werden wir uns sehr zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen. In der Regel erfolgt die Rückmeldung telefonisch oder per Mail.

Ein Aufnahmeprozess kann von ein paar Tagen bis zu ein paar Monaten dauern. Manchmal muss eine Aufnahme sehr zeitnah erfolgen, so dass wir von Ihnen alle notwendigen Unterlagen so schnell wie möglich zurück brauchen.

Wir benötigen in der Regel eine Vorlaufzeit von circa zwei Wochen. In dieser Zeit sind viele Dinge zu erledigen, Anträge zu stellen und ein Umzug vorzubereiten. Um Sie in dieser Zeit gut begleiten zu können, werden wir viele Gespräche führen, Ihnen und Ihren Angehörigen das Haus und das angebotene Zimmer zeigen und Fragen beantworten.

Sollte eine sehr zeitnahe Aufnahme notwendig sein, bitten wir vorab um eine telefonische Kontaktaufnahme, um direkt klären zu können, ob und wie schnell eine Aufnahme erfolgen könnte.

Hierfür steht Ihnen unser Sozialdienst zur Verfügung:

Telefon 030 65 48 45 30, sozialdienst-msw@berliner-stadtmission.de

Oder wenden Sie sich auch gerne an die Rezeption unter

Telefon 030 65 48 45 0, sh-msw@berliner-stadtmission.de

Als für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortliche Stelle im Sinne von § 4 Nr. 9 EKD-Datenschutzgesetz (DSG-EKD) lassen wir Ihnen hiermit Informationen zur Erhebung Ihrer personenbezogenen Daten zukommen.

Information gemäß § 17 DSG-EKD

<p>Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle</p>	<p>Verantwortlich für die Verarbeitung personenbezogener Daten ist Verein für Berliner Stadtmission, Seniorenheim Müggelschlösschenweg 46, 12559 Berlin Tel.: 030 / 65 48 45 - 0 E-Mail: sh-msw@berliner-stadtmission.de</p>
<p>Kontaktdaten der oder des örtlich Beauftragten für den Datenschutz</p>	<p>Unseren Beauftragten für den Datenschutz erreichen Sie unter: Verein für Berliner Stadtmission, Lehrter Str. 68, 10557 Berlin, Tel.: 030 69033-424, E-Mail: datenschutz@berliner-stadtmission.de</p>
<p>Zwecke, für die die personenbezogenen Daten verarbeitet werden sollen, sowie die Rechtsgrundlage der Verarbeitung</p>	<p>Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, soweit dies erforderlich ist, um unsere Aufgaben als Seniorenheim gemäß § 6 Nr. 1 und Nr. 5 und § 13 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 8 EKD-Datenschutzgesetz (DSG-EKD) zu erfüllen.</p> <p>Dies umfasst eine Verarbeitung Ihrer Daten zu den folgenden Zwecken: Prüfung der Möglichkeiten einer Heimaufnahme.</p>
<p>Empfänger oder Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten</p>	<p>Zu den Empfänger*innen Ihrer personenbezogenen Daten gehören die Mitarbeitenden unseres Seniorenheims.</p> <p>Bei vollstationärer Aufnahme sind weitere Mitarbeitende der gemeinsam verantwortlichen Stellen der Berliner Stadtmission aus den Bereichen IT, Finanzen und zentralem Controlling Empfänger Ihrer Daten.</p> <p>Wir haben für unser Pflegedokumentationssystem eine Auftragsverarbeitung mit der Firma DAN vereinbart. Innerhalb der Berliner Stadtmission ist eine Auftragsverarbeitung mit der Berliner Stadtmission Servicegesellschaft mbH vereinbart.</p> <p>Wir übermitteln Ihrer personenbezogenen Daten nach Ihrer Einwilligung oder einer anderen Rechtsgrundlage an Ärzte, Apotheken, Krankenhäuser, Pflegedienste.</p>
<p>Dauer, für die die personenbezogenen Daten gespeichert werden, oder – falls dies nicht möglich ist – Kriterien für die Festlegung der Speicherdauer</p>	<p>Personenbezogene Daten werden gelöscht, sobald sie für die Erreichung des Zweckes ihrer Erhebung nicht mehr erforderlich sind und soweit der Löschung keine Aufbewahrungspflichten, an die wir rechtlich gebunden sind, entgegenstehen.</p> <p>Die Speicherung Ihrer Anmeldedaten erfolgt für maximal ein Jahr nach Antragstellung.</p> <p>Bei einer Heimaufnahme erfolgt die Speicherung für 30 Jahre nach Beendigung des Heimvertrages.</p>

Betroffenenrechte

Sie können Auskunft darüber verlangen, ob wir personenbezogene Daten von Ihnen verarbeiten. Ist dies der Fall, so haben Sie ein Recht auf Auskunft über diese personenbezogenen Daten sowie auf weitere mit der Verarbeitung zusammenhängende Informationen (§ 19 DSGVO). Bitte beachten Sie, dass dieses Auskunftsrecht in bestimmten Fällen eingeschränkt oder ausgeschlossen sein kann (§ 19 Abs. 2 DSGVO).

Für den Fall, dass personenbezogene Daten über Sie nicht (mehr) zutreffend oder unvollständig sind, können Sie eine Berichtigung und gegebenenfalls Vervollständigung dieser Daten verlangen (§ 20 DSGVO).

Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen, vom Recht auf Datenübertragbarkeit Gebrauch machen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (§§ 21, 22, 24, 25 DSGVO).

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung, wenn Sie ein Betroffenenrecht geltend machen möchten.

Beschwerderecht

Jede betroffene Person kann sich gemäß § 46 Abs. 1 DSGVO unbeschadet weiterer Rechtsbehelfe mit einer Beschwerde an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, wenn sie der Ansicht ist, bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung ihrer personenbezogenen Daten durch kirchliche Stellen in ihren Rechten verletzt worden zu sein.

Gemäß § 46 Abs. 3 DSGVO darf niemand wegen der Mitteilung von Tatsachen, die geeignet sind, den Verdacht aufkommen zu lassen, dass kirchliche Datenschutzgesetz oder eine andere Rechtsvorschrift über den Datenschutz sei verletzt worden, gemäßiget oder benachteiligt werden. Mitarbeitende der kirchlichen Stellen müssen für Mitteilungen an die Beauftragten für den Datenschutz nicht den Dienstweg einhalten.

Die zuständige Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter:

Der Beauftragte für den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland
Außenstelle Berlin
Invalidenstraße 29
10115 Berlin
Tel. +49 (0) 30 2005157-0
Fax +49 (0) 30 2005157-20
E-Mail: ost@datenschutz.ekd.de

Erforderlichkeit der Bereitstellung der personenbezogenen Daten und mögliche Folgen der Nichtbereitstellung

Die Angabe Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt freiwillig. Sofern Sie diese Daten nicht bereitstellen, kann dies allerdings zu Folge haben, dass die Aufnahme in unser Seniorenzentrum nicht geprüft werden oder erfolgen kann.

42_K1.2_ZD09_a | 17.01.2023

Diese Anmeldung ist 1 Jahr lang gültig. Anschließend werden die Anmeldung und die Dokumente vernichtet. Eine erneute Anmeldung ist dann notwendig.

Anmeldedatum _____

Familienname _____ **Geburtsname** _____

Vorname(n) _____

Geburtsdatum _____ **Geburtsort** _____

Adresse _____

derzeitiger Aufenthalt _____

Familienstand _____ **Konfession (Angabe freiwillig):** _____

Staatsangehörigkeit _____ **Früherer Beruf** _____

Pflegekasse/Krankenkasse

gesetzliche Krankenversicherung private Krankenversicherung

Name der Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Pflegegrad (bitte Kopie beilegen) : _____

Vollstationäre Pflege beantragt am: _____

Höherstufung beantragt

ja, seit _____ nein

Zuzahlungsbefreiung

ja, seit _____ nein

Patientenverfügung (bitte Kopie beilegen)

ja, seit _____ nein

Besonderheiten

Impfstatus COVID-19: 1. Impfung am _____
 2. Impfung am _____
 3. Impfung am _____

4. Impfung am _____
 pos. PCR Test vom _____
 keine Impfung

Aufnahmedatum: _____	Zimmernummer: _____
-----------------------------	----------------------------

Angehörige

1. Vor- und Zuname _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____ Email _____

Mobil-Nr. _____ Verwandtschafts-
verhältnis _____ Vorsorgevollmacht für alle
Angelegenheiten
(bitte Kopie beilegen) Vollmacht für (bitte Kopie beilegen) Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge finanzielle Angelegenheiten, Vertretung bei Behörden

2. Vor- und Zuname _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____ Email _____

Mobil-Nr. _____ Verwandtschafts-
verhältnis _____ Vorsorgevollmacht für alle
Angelegenheiten
(bitte Kopie beilegen) Vollmacht für (bitte Kopie beilegen) Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge finanzielle Angelegenheiten, Vertretung bei Behörden**Rechtliche Betreuung**Betreuung beim Amtsgericht beantragt
(bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen) ja am/ seit nein begrenzt bis unbegrenztBereiche Aufenthaltsbestimmung
 Wohnungsangelegenheiten
 Gesundheitsfürsorge
 Pflege Bankgeschäfte
 Rente
 Versicherungen
 Regelung Post / Telefon/ E-Mail

Vor- und Zuname _____

Adresse _____

Telefon-Nr. _____ Email _____

Einkommen

Höhe des monatlichen Einkommens

Der Eigenanteil kann voll bezahlt werden

ja nein

Es ist Vermögen vorhanden

ja nein

Sozialhilfe in stationären Einrichtungen

Sollte die Höhe des Einkommens für die Heimkosten nicht ausreichen, wenden Sie sich bitte an das zuständige Sozialamt. Die Zuständigkeit ergibt sich aus dem letzten gemeldeten Wohnort.

Sozialhilfe wird benötigt

ja nein

ab (Monat) _____

Antrag eingereicht am _____

Zuständiges Sozialamt _____

Der Eigenanteil kann bis zum Bescheid des Sozialamtes voll bezahlt werden ja nein

Es werden Abschlagszahlungen vereinbart ja nein

Rechnungsadresse (bitte immer angeben)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung von anderen Personen

Werbung in der Presse, Zeitung

Homepage der Berliner Stadtmission

Tag der offenen Tür, Mittagstisch, Veranstaltungen

Sonstiges:

Datenschutzerklärung

- (1) Wir haben uns den Schutz Ihrer Daten zur Pflicht gemacht. Ihre personenbezogenen Daten unter Einschluss der Informationen über Ihre Gesundheit werden von uns, soweit dies zur Erfüllung des Aufnahmeprozesses erforderlich ist, EDV- technisch verarbeitet, in einer Datenbank gespeichert, automatisch verarbeitet und genutzt. Die gesetzlichen Vorschriften im Zusammenhang mit dem Datenschutz werden selbstverständlich von uns beachtet.
- (2) Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Für unser Seniorenheim gilt das Kirchengesetz über den Datenschutz der Evangelischen Kirche in Deutschland (DSG-EKD).
- (3) Soweit es gesetzlich erlaubt oder angeordnet oder für die Erfüllung dieses Vertrages erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten, insbesondere auch Gesundheitsdaten, der Bewohnerin / des Bewohners durch das Seniorenheim verarbeitet werden. Für jede darüber hinausgehende Verarbeitung der personenbezogenen Daten bedarf es der Einwilligung der Bewohnerin / des Bewohners

Aufbewahrungsfrist: Die vorliegende Anmeldung wird **bis zu einem Jahr aufbewahrt** und anschließend datenschutzkonform vernichtet. Sollte später erneut Bedarf an einem Heimplatz bestehen, muss ein neues Formular ausgefüllt werden.

Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber MitarbeiterInnen des Seniorenheims Müggelschlösschenweg:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Unterlagen und persönliche Daten an die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Seniorenheims Müggelschlösschenweg weitergegeben werden, auch soweit darin Daten über meine Gesundheit enthalten sind.

Ort, Datum

Unterschrift

Sollte an einer Aufnahme kein Interesse mehr bestehen, informieren Sie uns bitte

Telefon: 030 654845 -30

Mail: sozialdienst-msw@berliner-stadtmission.de

Gesundheitliche und pflegerische Informationen – bitte ein ärztliches Gutachten beilegen

Gesundheitliche Anamnese

Ich bin imstande:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ mich alleine an- und auszukleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ mich alleine körperlich zu pflegen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ selbstständig zu essen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ mich alleine Bett aufzusetzen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ aus dem Bett aufzustehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ alleine zu gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ mit Rollator zu gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ alleine Treppen zu steigen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hilfsmittel

- Rollator
- Rollstuhl
- Sauerstoffkonzentrator

Ich bin:

- | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| ➤ ständig bettlägerig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ völlig auf fremde Hilfe angewiesen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ kontinent für Urin | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| ➤ kontinent für Stuhl | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Liegen kognitive Einschränkungen vor? (Wenn ja, bitte kurz beschreiben)

Größe _____ **Gewicht** _____

Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ **Hausarztwechsel gewünscht** ja nein

Wenn das Leben zu Ende ist

Es soll benachrichtigt werden _____

Wann soll benachrichtigt werden sofort, zu jeder Zeit nur tagsüber nicht nachts

Bestattungsinstitut _____

42_K1.2_ZD01_c | 13.04.2022

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geb.-Datum: _____ Adresse: _____

Pflegegrad: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Diagnosen		
Motorische Beeinträchtigungen:		
Frakturen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> alt		<input type="checkbox"/> aktuell:
Wunden / Dekubitus: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> alt		<input type="checkbox"/> aktuell:
<input type="checkbox"/> Zu- bzw. Ableitungen (z.B. DK, PEG):		
<input type="checkbox"/> Allergien:		
<input type="checkbox"/> Unverträglichkeiten:		
<input type="checkbox"/> Suchtgefahr:		
<input type="checkbox"/> Besondere Risiken :		
<input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Dementielle Erkrankung	<input type="checkbox"/> Typ Alzheimer	<input type="checkbox"/> Hinlauf -Tendenz
Ernährungssituation		
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> exsikiert <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden		Ein- und Ausfuhrkontrolle notwendig? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Vollwertkost <input type="checkbox"/> Schonkost <input type="checkbox"/> pürierte Kost		<input type="checkbox"/> kachektisch
Empfohlene Flüssigkeitsmenge <i>ml / Tag</i>		
<input type="checkbox"/> Ödeme [wo]:		
Kontinent für Urin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kontinent für Stuhl <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Impfungen		
Aktueller Impfstatus: <input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> unvollständig		
Datum Tetanus letzte Impfung:		
Liegen Anzeichen einer (aktiven) Lungentuberkulose vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020

Röntgenaufnahme (nicht älter als 6 Monate) vom:					
Kommunikationsvermögen					
Sprachvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt					
Hörvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Sehvermögen: <input type="checkbox"/> ungestört <input type="checkbox"/> eingeschränkt Brille: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Orientierungsvermögen					
zeitlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
örtlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
persönlich:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
situativ:	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> größtenteils	<input type="checkbox"/> geringfügig	<input type="checkbox"/> keine	
Grad der Selbstständigkeit					
	Selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	Unselbstständig	Bemerkungen
Grundpflege					
Haushalt besorgen					
An- und auskleiden					
Essen					
Im Bett aufsetzen					
Alleine gehen					
Treppen steigen					
Toilettengänge					

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020

Ort/ Datum

Unterschrift des Arztes/ der Ärztin

Stempel

Aktuelle Medikation

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ aktuelle Adresse: _____

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

Bedarfsmedikation	Einzeldosis	Max in 24h	Bedarf besteht bei folgenden Symptomen

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

Datum

42_msw_K1.2_ZD02_a | 21.10.2020