

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns, dass wir Ihr Interesse für unser Haus geweckt haben. Wir wissen, dass die Entscheidung, sich in ein Pflegeheim zu begeben, nicht leicht fällt.

Wir sind ein von allen Pflegekassen anerkanntes Pflegeheim, in dem Sie die Möglichkeit haben, bei Pflegebedürftigkeit in allen Stufen die Zuschüsse der Pflegekassen und aller anderen Kostenträger in Anspruch zu nehmen.

Wir betreuen bis hin zur höchsten Pflegebedürftigkeit, selbst wenn Sie Palliativpflege benötigen; auch Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege bieten wir an.

Unser Haus genießt einen guten Ruf, weil wir u.a. viel Wert darauf legen, dass das maximal mögliche Personal und auch genügend Fachkräfte beschäftigt werden.

Des Weiteren ist es uns wichtig, dass unser Personal durch ständige Fortbildung über aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse verfügt. Alle Prüfungen durch Pflegekassen und andere öffentliche Einrichtungen haben z.Z. keinen Mangel gezeigt.

Unsere 60 Einzel- und 23 Zweibettzimmer sind mit seniorenrechtlichen Möbeln und Nasszellen ausgestattet. Darüber hinaus ist es möglich, die Zimmer mit persönlichen Einrichtungsgegenständen zu gestalten.

Die insgesamt 106 Pflegeplätze verteilen sich auf 4 Ebenen. In jeder Ebene befindet sich mindestens ein Aufenthaltsraum.

Zur allgemeinen Benutzung stehen weiterhin zur Verfügung:

- 1 großer Mehrzweckraum im Untergeschoss
- 1 kleiner Friseursalon
- 1 behindertengerechte Küche
- 1 Therapieraum
- 1 möblierte Eingangshalle
- 2 Fahrstühle
- 2 Gärten, davon ein beschützter Garten

Mit diesen und den folgenden Informationen wollen wir Ihnen den Einzug bei uns erleichtern.

Mit freundlichem Gruß

H.J. Sander
(Geschäftsführung)

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst einmal zur Unterscheidung zu anderen Pflegeheimen unsere wichtigsten Leistungen im Kurzüberblick:

- Mitgliedschaft im Paritätischen Wohlfahrtsverband
- gemeinnützige Betriebsführung ohne Gewinnerzielungsabsicht
- langjährige Fachkenntnis in den Leitungsfunktionen
- Versorgungsvertrag mit den Pflegekassen und alle erforderlichen Genehmigungen und Verträge für Bezuschussung vorhanden
- freundliches und kundenorientiertes Personal
- Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege bis hin zur Dauerpflege
- zusätzliche Betreuung nach § 87 b SGB XI für Bewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz nach Genehmigung der Pflegekasse
- auch besondere Pflege möglich (Wachkoma, Palliativpflege, ORSA, MRSA etc.)
- Palliativpflege in einem separaten Stationsteil
- Hilfen vor dem Einzug durch unsere Überleitungspflege
- 100% Einsatz des höchstmöglichen Personals nach der Rahmenvereinbarung zu § 75 SGB XI
- mindestens 50% ausgebildete Fachkräfte in der Pflege
- wir bilden aus - zur Altenpflegerin und zum Altenpfleger
- regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter
- eigenes Qualitätsmanagement
- eigenständiger Begleitender Dienst mit umfangreichem Freizeit- und Veranstaltungsprogramm, bis hin zum einwöchigen Bewohnerurlaub
- freie Arztwahl
- durch eigenen Umbau jetzt 60 Einzelzimmer mit WC von insgesamt 83 Zimmern ohne Preiszuschlag
- eigene Teilmöblierung der Zimmer möglich
- große Gemeinschaftsräume und große Gärten vorhanden
- volle Übernahme der Wäschebehandlung
- Vollverpflegung mit bis zu 6 Mahlzeiten am Tag und alle Diäten möglich
- allgemeine Hilfe bei z.B. Anträgen etc..

Hierbei handelt es sich nur um die wichtigsten Leistungen, die alle ohne Zuschlag in unseren Inklusivpreisen enthalten sind. Gerne geben wir Ihnen weitere Details.

Mit freundlichem Gruß

(H. – J. Sander)
Geschäftsführer

Informationen über Pflegestufen und Pflegekassen

1. Pflegestufen

Pflegebedürftig für die bezuschussenden Pflegekassen sind Menschen, die für mindestens 6 Monate Hilfe bei folgenden täglichen Verrichtungen benötigen:

- **Mobilität:** z.B. An- und Auskleiden, Gehen incl. Rollstuhl fahren, Treppen Steigen
- **Ernährung:** z.B. Hilfe beim Essen und Trinken
- **Körperpflege:** z.B. Waschen, Duschen, Baden
- **Hauswirtschaft:** z.B. Einkaufen, Kochen, Reinigung des Zimmers

Bitte beachten Sie bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), dass nur die so genannte Grundpflege und nicht die Behandlungspflege und der Sozialdienst Berücksichtigung finden.

2. Bezuschussung durch Pflegekassen

2.1. in der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Die Pflegekasse zahlt auf Antrag bei BewohnerInnen mit mindestens der Pflegestufe 1 die täglichen Pflegekosten bis zu längstens 28 Tage (Unterteilung möglich) und bis zu höchstens 1.550,00 € (ab 01.01.2012) im Jahr direkt an das Pflegeheim.

Sollte Sozialhilfe erforderlich sein, denken Sie bitte auch hier an den Antrag und daran, dass es während der Kurzzeitpflege kein Taschengeld vom Sozialamt gibt.

Rückwirkende Anträge sind nicht möglich.

2.2. vollstationäre Pflege

Im Gegensatz zur o.a. Kurzzeitpflege zahlen hier die Pflegekassen folgende pauschalen Monatsbeträge an das Pflegeheim:

- Pflegestufe 1 pro Monat 1.023,00 €
- Pflegestufe 2 pro Monat 1.279,00 €
- Pflegestufe 3 pro Monat 1.550,00 € (ab 01.01.2012)
- Härtefall pro Monat 1.918,00 € (ab 01.01.2012)

Auch hier sind rückwirkende Anträge nicht möglich

Für andere Bezuschussungen, wie z.B. durch Beihilfeorganisationen und/oder Sozialhilfe denken Sie bitte an Ihren rechtzeitigen Antrag, da nur Sie diesen stellen können und auch hier keine rückwirkenden Anträge möglich sind.

Sehr geehrte Damen und Herren,

unser Ziel ist es, Ihre geistige und körperliche Beweglichkeit zu erhalten und zu steigern, Ihren Alltag abwechslungsreicher zu gestalten und somit Ihre Lebensqualität und Ihr Wohlbefinden zu fördern.

Hier sehen Sie eine beispielhafte Auswahl aus unserem Ausflugsprogramm:

- Eiscafe und Grillen im Garten
- Frühschoppen im Seelhorster Biergarten
- Einkaufsbummel im Leine-Center
- Sommerfest
- Besuch des Schützen- und Oktoberfestes
- Besuch des internationalen Feuerwerk Wettbewerbs im königlichen Garten Hannover-Herrenhausen
- Behindertengerechter Bewohnerurlaub mit eigenem Personal (selbstorganisiert und mehrtägig)



Aktivitäten:

- Gymnastik
- Gedächtnistraining
- Gesprächskreise
- Malen
- Musikstunde
- Spiele-Runde



Für uns ist es selbstverständlich, Ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche zu berücksichtigen.

Ihr Begleitender Dienst

Unsere Inklusiv-Preise in der Übersicht Stand 01.01.2012

1. In Inklusiv-Preisen enthaltene Leistungen

- „Miete“ und Nebenkosten ohne Einzelzimmerzuschlag (Investitionsfolgekosten)
- Reparaturen, Wartung, Zimmerreinigung, Wäschereinigung, Benutzung aller Gemeinschaftsräume (Unterkunftskosten)
- Volle Verpflegung und ausreichend Getränke incl. Diätverpflegung bei medizinischem Bedarf ohne Servicezuschlag (Verpflegungskosten)
- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität, der Behandlungspflege, dem Sozialdienst je nach Pflegestufe; Hilfe bei der Organisation der vom Arzt verordneten Therapien und Pflegehilfsmittel (Pflegekosten).

2. Inklusiv-Preise bei der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

- **Vorbemerkung:** Die Zuschüsse von Beihilfeorganisationen sind wegen der Unterschiedlichkeit nicht vorhersagbar und deshalb im folgenden nicht berücksichtigt. Zuschuss der Pflegekasse pro Jahr 1.550,00 €.

Preise pro Tag in EURO

Pfleigestufe	Gesamtkosten		Pflegekasse		Eigenanteil	
	Selbstzahler	Sozialamt	Selbstzahler	Sozialamt	Selbstzahler	Sozialamt
0	67,16	64,03	0,00	0,00	67,16	64,03
1	87,37	84,24	46,44	46,44	40,93	37,80
2	101,93	98,80	61,00	61,00	40,93	37,80
3	115,44	112,31	74,51	74,51	40,93	37,80
Härtefall	125,80	122,67	84,87	84,87	40,93	37,80

3. Inklusiv-Preise bei vollstationärer Pflege

Preise pro Monat in EURO

Pfleigestufe	Gesamtkosten	Pflegekasse	Eigenanteil
0	2.042,97	0,00	2.042,97
1	2.657,75	1.023,00	1.634,75
2	3.100,67	1.279,00	1.821,67
3	3.511,64	1.550,00	1.961,64
Härtefall	3.826,80	1.918,00	1.908,80

Arztbogen

Name:

Vornamen:

Geburtsname:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Hausarzt:

Krankenkasse:

Pflegestufe:

Versicherungsnummer:

Es wird in folgenden Bereichen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität dauerhaft Pflege benötigt:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> beim Waschen | <input type="radio"/> beim Baden und Duschen | <input type="radio"/> bei der Zahnpflege |
| <input type="radio"/> beim Kämmen und Rasieren | <input type="radio"/> bei der Blasen- und Darmentleerung | <input type="radio"/> beim Verabreichen von Nahrung |
| <input type="radio"/> beim Aufstehen und Zubettgehen | <input type="radio"/> im Bereich der Mobilität | <input type="radio"/> beim Gehen und Stehen |
| <input type="radio"/> beim An- /Auskleiden | <input type="radio"/> beim Treppensteigen | <input type="radio"/> beim mundgerechten Zubereiten der Nahrung |

Folgende Erkrankungen:

ansteckende Erkrankung (z.B. TBC, MRSA, ORSA usw.)

ja

nein

Suchtkrankheiten (Alkohol, Drogen, Medikamente)

ja

nein

chronische psychiatrische Erkrankung

ja

nein

chronische bakterielle Erkrankung

ja

nein

Die pflegerische Versorgung wurde bisher durchgeführt:

im Krankenhaus

im häuslichen Bereich

in einem anderen Pflegeheim

30519 Hannover, Am Mittelfeld 100

Folgende Krankenkassenhilfsmittel werden genutzt/sind nötig:

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="radio"/> Rollstuhl | <input type="radio"/> Toilettenstuhl | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="radio"/> Gehwagen | <input type="radio"/> Stock/Unterarmgehhilfen | <input type="radio"/> Inkontinenzartikel |
| <input type="radio"/> Brille | <input type="radio"/> Hörgerät | <input type="radio"/> orthopädische Schuhe |
| <input type="radio"/> Dauerkatheter | <input type="radio"/> Lagerungsmaterial | <input type="radio"/> |
-

Es werden folgende ärztlich angeordnete Kostformen benötigt:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Diabeteskost _____ BE | <input type="radio"/> Dialysekost | <input type="radio"/> Leber/Gallen Schonkost |
| <input type="radio"/> Marcumar | <input type="radio"/> ballaststoffarme Kost | <input type="radio"/> ballaststoffreiche Kost |
| <input type="radio"/> sonstiges | | |
-

Folgende therapeutische Maßnahmen wurden bisher durchgeführt:

- | | | |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Krankengymnastik | <input type="radio"/> Logopädie | <input type="radio"/> Ergotherapie |
| <input type="radio"/> sonstiges | | |
-

Medizinische Diagnosen sind:

Es besteht eine Generalvollmacht: ja nein
oder
eine vom Betreuungsgericht bestellte Betreuung: ja nein

Aktenzeichen: _____

Betreuer: _____

Aufgabenbereich: _____

30519 Hannover, Am Mittelfelde 100

Medikation:

Medikament/Dosierung	Mo.	Mi.	Ab.	Na.

Raucher Nichtraucher

Hinweise/Bemerkungen: PEG, Stoma, Endotrachealkanülen, usw.:

Stempel und Unterschrift des Arztes
oder Krankenhaus

Seniorenpflegeheim Mittelfeld GmbH
30519 Hannover, Am Mittelfelde 100

Telefon: 0511-879 64-0

Telefax: 0511-879 64-127

E-Mail: verwaltung@seniorenpflegeheim-mittelfeld.de



Mitglied im
Paritätischen Wohlfahrtsverband
Niedersachsen e.V.

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bewohner			
Name:		Einzug am: KZP <input type="checkbox"/>	
		Vollstationär <input type="checkbox"/>	
Vorname:		Auszug am:	Zimmer:
Straße/Hausnr.:		Staatsangehörigkeit:	Pflegestufe:
PLZ/Ort:		Religion:	Familienstand:
Geb.-Datum:	Geb.-Name	Geb.-Ort:	Debitoren-Nr.:

Krankenkasse			
Name/Anschrift:		Mitglieds-Nr.:	
		Vers.-Status-Schlüssel: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Chipkarte (kopieren)	vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Befreiung von der Zuzahlung	nein <input type="checkbox"/>
	abgegeben WB <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Ausweis abgegeben	WB <input type="checkbox"/> Verwaltung <input type="checkbox"/>

Hausarzt
Name/Anschrift/Telefon:

Kostenträger			Personalausweis	
Sozialamt <input type="checkbox"/>	Beihilfe <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>	liegt vor	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

Angehörige 1	
Name:	Straße, Hausnr.:
Vorname:	PLZ/Ort:
Verw.-Grad:	Telefon: priv.: dienstl.:

Angehörige 2	
Name:	Straße, Hausnr.:
Vorname:	PLZ/Ort:
Verw.-Grad:	Telefon: priv.: dienstl.:

Betreuer	
Name:	Straße, Hausnr.:
Vorname:	PLZ/Ort:
Betreuerausweis/Bestellungsurkunde liegt vor?	Telefon:

Post	
an Bewohner <input type="checkbox"/>	Verwaltung sammelt, Betreuer/Angehörigen holen ab <input type="checkbox"/>
sammeln u. 14-tägig an Betreuer/Angehörige (kostenpflichtig) <input type="checkbox"/>	

Wäschenamen	Raucher/Nichtraucher
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Raucher <input type="checkbox"/> Nichtraucher <input type="checkbox"/>

Vermittelt durch:

Bemerkungen	11.2011