

Vertrag

für

Tagespflegeeinrichtungen

Zwischen der

**Diakonisches Werk im Kirchenkreis
Recklinghausen Altenheime gGmbH**

als Träger der Einrichtung

vertreten durch

die Einrichtungsleitung

u n d

Frau / Herrn _____

wohnhaft in _____

- nachstehend „Tagespflegegast“ genannt -

vertreten durch _____

(rechtliche Betreuerin oder rechtlicher Betreuer/
Bevollmächtigte oder Bevollmächtigter)

Wird mit Wirkung vom _____ (1. Besuchstag) auf unbestimmte Zeit folgender
V e r t r a g geschlossen:

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

1

§ 1 Einrichtungsträger

- (1) Die Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH ist ein als gemeinnützig anerkannter Rechtsträger mit dem Sitz in

45657 Recklinghausen, Limperstr. 15.
.....

- (2) Der Tagespflegegast respektiert die Grundrichtung der Einrichtung. Diese liegt der Konzeption der Einrichtung zugrunde.

§ 2 Vertragsgrundlagen

- (1) Die vorvertraglichen Informationen der Einrichtung nach § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WVBVG) sind Vertragsgrundlage, dazu gehören insbesondere die Darstellung der Gebäudesituation, die Konzeption, die Darstellung der Entgelte und Pflege- und Betreuungsleistung sowie die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen.
- (2) Weitere Vertragsgrundlagen sind der Rahmenvertrag nach § 75 SGB XI für die Tagespflege (NRW), die Vergütungsvereinbarung nach § 84 SGB XI sowie der Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI in der jeweils gültigen Fassung. Soweit sie diesem Vertrag nicht in der Anlage beigelegt sind, werden sie von der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

§ 3 Öffnungszeiten

Die Einrichtung ist für den Tagespflegegast in der Regel werktags von montags bis freitags von _____ – _____ Uhr geöffnet.

An gesetzlichen oder regionalen Feiertagen ist die Einrichtung geschlossen.

§ 4 Leistungen der Einrichtung

- (1) Die Einrichtung erbringt dem Tagespflegegast folgende Leistungen:
- a) Der Besuch der Einrichtung wird für _____ Tage je Kalenderwoche vereinbart, und zwar an folgenden Wochentagen:
- Montag
 - Dienstag
 - Mittwoch
 - Donnerstag

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

2

Freitag

b) Der Hol- und Bringdienst wird für folgende Wochentage vereinbart:

- Montag
- Dienstag
- Mittwoch
- Donnerstag
- Freitag

c) Verpflegung in folgendem Umfang:

- Normalkost: Frühstück
Mittagessen
Nachmittagskaffee
Zwischenmahlzeiten
- Bei Bedarf: Schonkost
krankheitsbedingte Zwischenmahlzeiten
Diätkost nach ärztlicher Verordnung

sowie eine ausreichende Getränkeversorgung (Kaffee, Tee, Mineralwasser, Milch und Fruchtsaftgetränke).

d) Dem Pflegebedarf sowie dem Gesundheitszustand des Tagespflegegastes entsprechende Pflege und Betreuung nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung (SGB XI) (Pflegeklasse/Pflegestufe):

Klasse/Stufe I
Klasse/Stufe II
Klasse/Stufe III

entsprechend dem Rahmenvertrag gem. § 75 Abs. 1 SGB XI zur Tagespflege (NRW). Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passt die Einrichtung ihre Leistungen dem veränderten Bedarf an.

e) Pflege und Betreuung unterhalb der Pflegestufe I (z.B. sog. Stufe 0 im Sinn von § 61 SGB XII).

f) Unterhaltungs- und Beschäftigungsangebote.

(2) Die Gemeinschaftsräume und -einrichtungen stehen dem Tagespflegegast zur Mitbenutzung zur Verfügung.

(3) Es gilt die freie Arzt- und Apothekenwahl. Auf Wunsch ist die Einrichtung dem Tagespflegegast bei der Vermittlung dieser Leistungen behilflich.

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

3

§ 5 Leistungsentgelt

- (1) Das Entgelt für die Leistungen gem. § 4 richtet sich nach den mit den Kostenträgern (zuständigen Pflegekassen und Sozialhilfeträgern) getroffenen Vergütungsvereinbarungen.
- (2) Die Bemessung des Leistungsentgeltes entspricht der Einstufung des Tagespflgegastes in eine Pflegestufe durch die jeweilige Pflegekasse.
Das Leistungsentgelt beträgt pro Tag:

- Entgelt für Unterkunft €.._____ tägl.
- Entgelt für Verpflegung €.._____ tägl.
- Entgelt für Verpflegung bei Ernährung ausschließlich per Magensonde €.._____ tägl.
- Pflegeleistungen im Bereich des SGB XI Stufe _____ €.._____ tägl.
- Pflege und Betreuung unterhalb der Pflegestufe I (z.B. sog. Stufe 0 im Sinn von § 61 SGB XII) €.._____ tägl.
- Betriebsnotwendige Investitionsaufwendungen im Sinne des § 82 Abs. 3 SGB XI, soweit sie nicht von der Sozialhilfe bzw. Kriegsopferfürsorge nach § 13 APG NRW übernommen werden €.._____ tägl.
- Umlagebetrag nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung (AltPflAusglVO) im Sinne von § 82 a Abs. 3 SGB XI €.._____ tägl.

=====

Insgesamt € _____ **täglich**

Bei Inanspruchnahme des Fahrdienstes werden die Kosten hierfür zusätzlich berechnet.

Die Pflegekasse übernimmt monatlich maximal 468 € in Pflegestufe I, 1.144 € in Pflegestufe II oder 1.612 € in Pflegestufe III, soweit nicht vorrangig ambulante Pflege- oder Geldleistungen in Anspruch genommen werden. Zusätzlich können Kosten der Tagespflege bis zu 104 € bzw. 208 € von der Pflegekasse erstattet werden, wenn ein erhöhter Betreuungsbedarf i.S. des § 45 a SGB XI anerkannt wurde.

§ 6 Vertragsanpassung bei Änderung des Pflege- oder Betreuungsbedarfs

- (1) Die Einrichtung ist berechtigt, das Leistungsentgelt durch einseitige Erklärung zu erhöhen, wenn der individuelle Betreuungs- und Pflegebedarf des Tagespflegegastes zunimmt. Die Erhöhung ist bei entsprechender Feststellung durch den Leistungsbescheid der Pflegekasse zulässig, wenn die Einrichtung die Entgelterhöhung vorab dem Tagespflegegast schriftlich begründet hat. In dieser Begründung sind die bisherigen und die veränderten Leistungen sowie die dafür jeweils zu entrichtenden Entgelte gegenüberzustellen. Die Erhöhung wird wirksam nach Zugang bei dem Tagespflegegast, auch wenn im Leistungsbescheid der Pflegekasse ein früherer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (2) Bei Verringerung des individuellen Betreuungs- und Pflegebedarfs wird das Entgelt entsprechend der Feststellung im Leistungsbescheid der Pflegekasse zu dem dort genannten Zeitpunkt reduziert. Die bisherigen und die veränderten Leistungen sowie die dafür jeweils zu entrichtenden Entgeltbestandteile sind gegenüberzustellen.

§ 7 Entgelterhöhung bei Änderung der Berechnungsgrundlage

- (1) Soweit sich die bisherige Berechnungsgrundlage der Entgeltbestandteile gem. § 5 Abs. 2 dieses Vertrages verändern, gilt für Tagespflegegäste, die Leistungen nach dem SGB XI und/oder SGB XII in Anspruch nehmen, die aufgrund der Bestimmungen des Siebten und Achten Kapitels des SGB XI bzw. des Zehnten Kapitels des SGB XII festgelegte Höhe des Entgeltes (einschließlich des festgesetzten Umlagebetrages nach der Altenpflegeausbildungsausgleichsverordnung AltPflAusglVO) als vereinbart und angemessen. Eine Erhöhung der Investitionsaufwendungen ist nur zulässig, soweit sie betriebsnotwendig und nicht durch öffentliche Förderung gedeckt ist.
- (2) Die Einrichtung hat dem Tagespflegegast die beabsichtigte Erhöhung des Entgeltes schriftlich mitzuteilen und zu begründen. Aus der Mitteilung muss der Zeitpunkt hervorgehen, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgeltes verlangt. In der Begründung muss sie unter Angabe des Umlagemaßstabes die Positionen benennen, für die sich durch die veränderte Berechnungsgrundlage Kostensteigerungen ergeben, und die bisherigen Entgeltbestandteile den vorgesehenen neuen Entgeltbestandteilen gegenüberstellen. Der Tagespflegegast schuldet das erhöhte Entgelt frühestens vier Wochen nach Zugang des hinreichend begründeten Erhöhungsverlangens. Der Tagespflegegast muss rechtzeitig Gelegenheit erhalten, die Angaben der Einrichtung durch Einsichtnahme in die Kalkulationsunterlagen zu überprüfen.

§ 8 Fälligkeit und Abrechnung

- (1) Die Abrechnung erfolgt am Anfang des Monats für den Vormonat. Der volle Rechnungsbetrag ist spätestens 8 Werktage nach Rechnungserhalt fällig und auf das Konto des Einrichtungsträgers
Kontoinhaber: Diakonisches Werk / Haus Abendsonne
Bank: Sparkasse Vest Recklinghausen
BLZ: 426 501 50
BIC: WELADED1REK
Konto-Nr.: 423319
IBAN: DE67426501500000423319
zu überweisen.
- (2) Soweit Entgelte von öffentlichen Leistungsträgern übernommen werden, wird nach Möglichkeit mit diesen abgerechnet.

§ 9 Mitwirkungspflichten

- (1) Der Tagespflegegast ist zur Vermeidung von ansonsten möglicherweise entstehenden rechtlichen und finanziellen Nachteilen gehalten, die erforderlichen Anträge zu stellen und die notwendigen Unterlagen vorzulegen (z.B. für Leistungen nach SGB XI und SGB XII). Bei fehlender oder falscher Information der Einrichtung oder der Kostenträger drohen dem Tagespflegegast ansonsten Regresse.
- (2) Der Tagespflegegast ist insbesondere verpflichtet, einen Antrag auf Einstufung und Überprüfung der Einstufung durch die Pflegekasse nach schriftlicher Aufforderung der Einrichtung zu stellen. Weigert sich der Tagespflegegast den Antrag zu stellen, kann die Einrichtung ihr/ihm oder dem Kostenträger ab dem ersten Tag des zweiten Monats nach der Aufforderung vorläufig den Pflegesatz nach der nächst höheren Pflegeklasse berechnen. Werden die Voraussetzungen für eine höhere Pflegestufe vom Medizinischen Dienst nicht bestätigt und lehnt die Pflegekasse eine Höherstufung deswegen ab, hat die Einrichtung dem Tagespflegegast den überzahlten Betrag unverzüglich zurückzuzahlen; der Rückzahlungsbetrag ist rückwirkend ab Zahlung des erhöhten Entgeltes mit wenigstens 5 v.H. zu verzinsen. Das Kündigungsrecht nach § 14 dieses Vertrages bleibt unberührt.
- (3) Wird ein vereinbarter Besuch, der aus von dem Tagespflegegast zu vertretenden Gründen ausfallen muss, nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagt, kann die Einrichtung die für den Besuch vereinbarte Vergütung von dem Tagespflegegast verlangen, abzüglich etwaig ersparter Aufwendungen. Dem Tagespflegegast bleibt es vorbehalten, nachzuweisen, dass die Einrichtung höhere Aufwendungen erspart hat.

§ 10 Haftung

- (1) Tagespflegegast und Einrichtung haften einander für Sachschäden im Rahmen dieses Vertrages nur bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Im Übrigen bleibt es dem Tagespflegegast überlassen, eine Sachversicherung abzuschließen.
- (2) Für Personenschäden wird im Rahmen allgemeiner Bestimmungen gehaftet. Das gilt auch für sonstige Schäden.

§ 11 Datenschutz

- (1) Die Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen der Einrichtung sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet.
- (2) Soweit es zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten des Tagespflegegastes durch die Einrichtung erhoben, gespeichert, verarbeitet und an Dritte übermittelt werden. Die Einwilligungen zur Erhebung und zur Übermittlung bedürfen der Schriftform und sind widerruflich (siehe Anlagen „A 3“, „A 4“ und „A 5“).
- (3) Der Tagespflegegast hat das Recht auf Auskunft, welche Daten über sie / ihn gespeichert sind.

§ 12 Recht auf Beratung und Beschwerde

- (1) Der Tagespflegegast hat das Recht, sich bei der Einrichtung und den in der Anlage „A 1“ genannten Stellen beraten zu lassen und sich dort über Mängel bei Erbringung der im Vertrag vorgesehenen Leistungen zu beschweren.
- (2) Der Tagespflegegast hat Anspruch darauf, dass die Einrichtung das von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW für ihre Mitglieder in einer Selbstverpflichtung festgelegte interne und externe Beschwerdemanagement gewährleistet. Die Selbstverpflichtungserklärung ist Bestandteil dieses Vertrages und als Anlage „A 2“ beigefügt.
- (3) Die Rechte nach § 10 WBG in Hinblick auf die Kürzung des Entgeltes bei Nicht- oder Schlechtleistung bleiben unberührt.

§ 13 Sonstige Bestimmungen

Im Falle von besonderen Vorkommnissen sind zu benachrichtigen:

1. Herr/Frau _____
(Name, Vorname)

(Anschrift, Telefon, Telefax und e-mail)

2. Herr/Frau _____
(Name, Vorname)

(Anschrift, Telefon, Telefax und e-mail)

§ 14 Beendigung des Vertragsverhältnisses

Der Vertrag kann im beiderseitigen Einvernehmen oder durch Kündigung eines Vertragspartners beendet werden. Im Übrigen endet das Vertragsverhältnis mit dem Tod des Tagespflegegastes.

§ 15 Kündigung durch den Tagespflegegast

- (1) Der Tagespflegegast kann den Vertrag spätestens am dritten Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf desselben Monats schriftlich kündigen. Bei einer Erhöhung des Entgeltes ist eine Kündigung jederzeit für den Zeitpunkt möglich, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgeltes verlangt.
- (2) Innerhalb von zwei Wochen nach Beginn des Vertragsverhältnisses kann der Tagespflegegast jederzeit ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Wird dem Tagespflegegast erst nach Beginn des Vertragsverhältnisses eine Ausfertigung des Vertrages ausgehändigt, kann er auch noch bis zum Ablauf von zwei Wochen nach der Ausfertigung kündigen.
- (3) Der Tagespflegegast kann den Vertrag aus wichtigem Grund jederzeit ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn ihm die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zuzumuten ist.

§ 16 Kündigung durch die Einrichtung

- (1) Die Einrichtung kann den Vertrag nur aus wichtigem Grund kündigen. Die Kündigung bedarf der Schriftform und ist zu begründen. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
1. die Einrichtung den Betrieb einstellt, wesentlich einschränkt oder in seiner Art verändert und die Fortsetzung des Vertrags für die Einrichtung eine unzumutbare Härte bedeuten würde,
 2. die Einrichtung eine fachgerechte Pflege- oder Betreuungsleistung nicht erbringen kann, weil sie eine Anpassung der Leistungen aufgrund eines Ausschlusses nach § 8 WBVG nicht anbietet und ihr deshalb ein Festhalten an dem Vertrag nicht zumutbar ist.
 3. der Tagespflegegast seine vertraglichen Pflichten schuldhaft so gröblich verletzt, dass der Einrichtung die Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zugemutet werden kann; dies gilt insbesondere dann, wenn der Tagespflegegast seine Mitwirkungspflicht dadurch verletzt, dass er trotz Aufforderung durch die Einrichtung nach § 6 Abs. 1 dieses Vertrages bei der Pflegekasse keinen Antrag auf Höherstufung stellt, oder
 4. der Tagespflegegast
 - a) für zwei aufeinander folgende Termine mit der Entrichtung des Entgelts oder eines Teils des Entgelts, der das Entgelt für einen Monat übersteigt, im Verzug ist oder
 - b) in einem Zeitraum, der sich über mehr als zwei Termine erstreckt, mit der Entrichtung des Entgelts in Höhe eines Betrages in Verzug gekommen ist, der das Entgelt für zwei Monate erreicht.

Die Kündigung des Vertrages zum Zwecke der Erhöhung des Entgelts ist ausgeschlossen.

- (2) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 nur kündigen, wenn sie zuvor den Tagespflegegast unter Bestimmung einer angemessenen Frist und unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erneut auf die Mitwirkungspflicht hingewiesen hat und der Kündigungsgrund nicht durch eine Antragsstellung entfallen ist.
- (3) Die Einrichtung kann aus dem Grund des Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 nur kündigen, wenn sie zuvor dem Tagespflegegast unter Hinweis auf die beabsichtigte Kündigung erfolglos eine angemessene Zahlungsfrist gesetzt hat. Ist der Tagespflegegast in den Fällen des Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 mit der Entrichtung des Entgelts in Rückstand geraten, ist die Kündigung ausgeschlossen, wenn die Einrichtung vorher befriedigt wird.

- (4) In den Fällen des Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 bis 4 kann die Einrichtung den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Im Übrigen ist eine Kündigung bis zum dritten Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf des nächsten Monats zulässig.

§ 17 Nachweis von Leistungersatz

- (1) Hat der Tagespflegegast nach § 15 Abs. 3 aufgrund eines von der Einrichtung zu vertretenden Kündigungsgrundes gekündigt, ist die Einrichtung dem Tagespflegegast auf dessen Verlangen zum Nachweis eines angemessenen Leistungersatzes zu zumutbaren Bedingungen verpflichtet. § 115 Abs. 4 SGB XI bleibt unberührt.
- (2) Hat die Einrichtung nach § 16 Abs. 1 Satz 1 aus den Gründen des § 16 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 gekündigt, so hat sie dem Tagespflegegast auf dessen Verlangen einen angemessenen Leistungersatz zu zumutbaren Bedingungen nachzuweisen.
- (3) Der Tagespflegegast kann den Nachweis eines angemessenen Leistungersatzes zu zumutbaren Bedingungen nach Abs. 1 auch dann verlangen, wenn er noch nicht gekündigt hat.

_____, den _____. _____

(für die Einrichtung)

(Tagespflegegast)

(rechtliche Betreuerin/rechtlicher Betreuer/
Bevollmächtigte/Bevollmächtigter)

Anlagen zu diesem Vertrag:

Anlage „A 1“	Recht auf Beratung und Beschwerde
Anlage „A 2“	Selbstverpflichtungserklärung der Freien Wohlfahrtspflege
Anlage „A 3“	Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen
Anlage „A 4“	Einwilligung zur Datenweitergabe
Anlage „A 5“	Einwilligung zur Datenweitergabe zur Abrechnung
Anlage „A 6“	Medikamentengabe in der Tagespflege
Anlage „A 7“	<i>nicht mehr existent</i>
Anlage „A 8“	Verzichtserklärung des Vertragspartners/der Vertragspartnerin
Anlage „A 9“	SEPA-Lastschriftmandat
Anlage „A 10“	Verpflichtungserklärung zur Mitwirkung

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

10

Anlage „A 1“

RECHT AUF BERATUNG UND BESCHWERDE

- Wenn Sie Beratung brauchen oder Beschwerden haben, können Sie sich an die jeweilige Pflegedienst-/ Wohnbereichsleitung Ihres Wohnbereiches oder an die Einrichtungsleitung wenden.
- Selbstverständlich haben Sie auch die Möglichkeit, Ihre Beratungswünsche und Beschwerden unmittelbar an den Träger der Einrichtung zu richten. Dieser ist unter folgender Anschrift zu erreichen:
Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH
Limperstr. 15 in 45657 Recklinghausen
Tel.: 0 23 61 / 206 -0
- Sie können Ihre Beratungswünsche oder Beschwerden auch an den Bewohnerbeirat richten. Den Namen und die Zimmer-Nr. der/des Vorsitzenden teilen wir Ihnen gern auf Anfrage mit.
- Nachfolgend sind einige Anschriften und Telefonnummern von Institutionen aufgeführt, an die Sie sich auch wenden können:
 1. Zuständiger Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege:
Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen e. V.
Friesenring 32/34 in 48147 Münster
Tel.: 02 51 / 27 09 -0
 2. Zuständige Behörde nach dem WTG (Heimaufsicht):
Heimaufsicht
Sozialamt Kreis Recklinghausen
Kurt-Schumacher-Allee 1 in 45657 Recklinghausen
Tel.: 0 23 61 / 53 -1
 3. Zuständiger Sozialhilfeträger:

<u>Örtlich:</u> Sozialamt Kreis Recklinghausen Kurt-Schumacher-Allee 1 45657 Recklinghausen Tel.: 0 23 61 / 53 -1	<u>Überörtlich:</u> Landschaftsverband Westfalen-Lippe Abt. 61 / Sozialhilfe 48133 Münster Tel.: 02 51 / 5 91 -01
---	---
 4. Anschrift der örtlichen Verbraucherberatung:
Verbraucher-Zentrale NRW
Königswall 14 in 45657 Recklinghausen
Tel.: 0 23 61 / 2 71 01
 5. Kranken- und Pflegekasse der Bewohnerin/des Bewohners:

(Anschrift und Telefon-Nummer kann in der Verwaltung nachgefragt werden)

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

Anlage „A 2“

Selbstverpflichtung der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen für internes und externes Beschwerdemanagement

Klientinnen und Klienten haben ein Recht, sich zu beschweren. In unseren Einrichtungen und Diensten sind Beschwerden jederzeit willkommen. Sie sind eine Chance zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen.

1. Einrichtungen und Dienste legen die Grundsätze ihres Beschwerdemanagements fest und stellen sie Klientinnen und Klienten zur Verfügung.
2. Die Einrichtungen und Dienste verpflichten sich, Beschwerden zu dokumentieren, innerhalb von 7 Werktagen darauf zu reagieren und gemeinsam mit dem Beschwerdeführer nach Lösungen zu suchen.
3. Die Einrichtungen und Dienste teilen den Klientinnen und Klienten Anschriften interner und externer Ansprechpartner mit, wie z. B.
 - a. Beschwerdestelle des Trägers
 - b. Beirat bzw. Vertrauensperson nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
 - c. Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege
 - d. Ombudsfrau/-mann der Kommune oder des Kreises
 - e. Zuständige Behörde nach dem Wohn- und Teilhabegesetz
 - f. Zuständige Pflegekasse/Sozialhilfeträger
 - g. Örtliche Verbraucherberatung.
4. Die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege verpflichten sich,
 - a. die Beschwerdekultur in den Einrichtungen und Diensten zu fördern,
 - b. im Rahmen ihrer satzungsgemäßen Aufgaben zu beraten, zu vermitteln und in strittigen Fällen zu moderieren, soweit dies gewünscht wird,
 - c. in den Musterverträgen der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege den Klientinnen und Klienten einen Rechtsanspruch auf Einhaltung dieser Selbstverpflichtung einzuräumen.

10.12.2013

Anlage „A 3“

Name, Vorname: _____

Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen

(1) Ich bin einverstanden, dass das _____ (Name der Einrichtung) folgende Daten bei mir erhebt und aktualisiert, um eine Gastdokumentation für mich zu führen:

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

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

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Tagespflegegastes

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift rechtl. Betreuerin/rechtl. Betreuer oder
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

13

Anlage „A 4“

Name, Vorname: _____

Einwilligung zur Datenweitergabe

Ich bin einverstanden, dass

▪ **die behandelnden Ärzte**

Einblick in die Pflegedokumentation und Arztberichte incl. Diagnosen und Befunde und deren Aktualisierung

zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten;

▪ **die Krankenhäuser/Rehaeinrichtungen**

Pflegeüberleitungsbögen

zum Zweck der gesundheitlichen Versorgung erhalten;

▪ **der Medizinische Dienst der Krankenkassen**

Einsicht in die Pflegedokumentation und deren Aktualisierung

zum Zweck der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhält;

▪ **Therapeuten (Logopäden, Physiotherapeuten, Podologen etc.)**

Beobachtungsdaten aus dem Pflegebericht und deren Aktualisierung mündlich mitgeteilt werden

zum Zweck der therapeutischen Behandlung.

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

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Tagespflegegastes

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift rechtl. Betreuerin/rechtl. Betreuer oder
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

14

Anlage „A 5“

Name, Vorname: _____

Einwilligung zur Datenweitergabe zur Abrechnung

Ich bin einverstanden, dass folgende Daten:

Name, Vorname, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Familienstand, Wohnort, Angehörige / Betreuer ggf. mit Wirkungskreisen, Höhe der Einkünfte, Aufnahme datum, Versicherungsnummer, Abwesenheiten, Pflegestufe, Aktenzeichen

und deren Aktualisierung

zum Zweck der Abrechnung

an folgende Personen bzw. Institutionen widerruflich weitergegeben werden:

- **Leistungsabrechnung, wenn sie nicht einrichtungsintern erfolgt,**
- **zuständige Pflege- und Krankenkasse**
- **Träger der Sozialhilfe**

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

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Tagespflegegastes

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift rechtl. Betreuerin/rechtl. Betreuer oder
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Anlage „A 6“

Name, Vorname: _____

Medikamentengabe in der Tagespflege

Sehr geehrter Tagespflegegast,

um die Verantwortung für die Medikamentengabe in der Tagespflege übernehmen zu können, bitten wir Sie Folgendes zu beachten:

- Wir benötigen die aktuelle **ärztliche Verordnung** aller Medikamente. Diese Verordnung muss vom Arzt unterschrieben sein.
- Bei jeder **Veränderung** benötigen wir eine neue vom Arzt unterschriebene Verordnungsliste.
- Die Medikamente müssen in der **Originalverpackung** (inklusive der Medikamentenbeschreibung) in der Tagespflege abgegeben werden und können bei Bedarf dort verwahrt werden.

Die aktuelle Gesetzeslage erfordert von uns einen sorgfältigen Umgang mit Medikamenten. Wir bitten Sie daher diese Vorgaben zu beachten und danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen.

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Tagespflegegastes

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift rechtl. Betreuerin/rechtl. Betreuer oder
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Anlage „A 8“

Name, Vorname: _____

**Verzichtserklärung des Vertragspartners / der Vertragspartnerin
(des Tagespflegegastes)**

Auf die Beantragung von

- Pflegewohngeld nach dem APG DVO NRW (VST)
 Leistungen zur Hilfe der Pflege SGB XII

für Herrn / Frau _____
Name des Tagespflegegastes

wird verzichtet, da das Einkommen des Tagespflegegastes zur Deckung der Kosten
ausreicht.

Sollten die laufenden Einkünfte und das Vermögen nicht zur Deckung der Kosten aus-
reichen, verpflichte ich mich fristgerecht beim Sozialamt einen Antrag auf Pflegewohn-
geld und/oder auf Übernahme der ungedeckten Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe zu
stellen.

Ich garantiere das Einkommen in voller Höhe zur Deckung der Kosten zu verwenden,
da in Höhe dieser Bezüge keine Übernahme durch den Sozialhilfeträger erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift Tagespflegegast oder
Unterschrift gesetzliche/r Betreuer/in oder
Unterschrift Bevollmächtigte/Bevollmächtigter

Anlage „A 9“

SEPA-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers	
Anschrift des Zahlungsempfängers	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Gläubiger Identifikationsnummer: DE 09 AH0 00000604990	
Mandatsreferenz:	
<p>Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unserer Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.</p> <p>Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.</p>	
Name der Zahlungspflichtigen	
Anschrift des Zahlungspflichtigen	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
IBAN DE____, _____	
BIC (8 oder 11 Stellen) _____	
Zahlungsart:	
Wiederkehrende Zahlung <input checked="" type="checkbox"/>	
Ort:	Datum:
Unterschrift	

Träger der Einrichtung:

Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH – Limperstr. 15 – 45657 Recklinghausen
 Tel.: 02361-206 0 – www.diakonie-kreis-re.de

18

Anlage „A 10“

Name, Vorname: _____

Verpflichtungserklärung zur Mitwirkung

Tagespflegegast

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor Ja Nein

Sollten die laufenden Einkünfte und das Vermögen des/der o. a. Bewohners/Bewohnerin nicht zur Deckung der Kosten ausreichen, verpflichte ich mich fristgerecht beim Sozialamt einen Antrag auf Pflegewohngeld und/oder Übernahme der ungedeckten Kosten aus Mitteln der Sozialhilfe zu stellen.

Ich werde unverzüglich einen Antrag auf unbare Rentenzahlung zu Gunsten der Diakonisches Werk im Kirchenkreis Recklinghausen Altenheime gGmbH als Träger der Einrichtung

veranlassen. (VST)

Da es bis zu zwei Monaten dauern kann bis die Rentenüberleitung eingerichtet ist, verpflichte ich mich dafür Sorge zu tragen, dass bis zur Überweisung der Renten durch den Rententräger die Aufenthaltskosten bis zur Höhe der Rente durch das Vermögen und Einkommen (soweit vorhanden) gedeckt werden.

Insbesondere garantiere ich, dass die noch vorhandenen und/oder eingehenden Rentenzahlungen und/oder Beihilfezahlungen nicht für andere Zwecke verwandt werden.

Ort, Datum

Unterschrift