

MARIENHEIM GABLITZ

Pensionisten- und Pflegeheim

Hauersteigstraße 51

3003 Gablitz

www.marienheim-gablitz.at
info@pflegeheime-gablitz.at



HERZLICH WILLKOMMEN !!

Sehr geehrte Damen und Herren,

es ist für uns eine Freude, Sie in unserem Haus begrüßen zu dürfen. Wir hoffen, dass Sie sich während Ihres Aufenthaltes geborgen fühlen.

Einrichtung der Zimmer:

Jedes Zimmer ist mit einem Nachtkästchen und Pflegebett ausgestattet. Damit Ihr Wohnbereich eine persönliche Note erhält, ersuchen wir, folgende Möbelstücke mitzubringen:

- einen kleinen Esstisch mit zwei Stühlen
- Kästchen für Geschirr und persönliche Gegenstände. Dieses sollte auch als Abstellplatz für einen Fernseher (falls gewünscht) geeignet sein

Sollten Ihnen keine Möbel zur Verfügung stehen, ist es nach Rücksprache eventuell möglich, gebrauchte Einrichtungsgegenstände aus unserem Lager für die Dauer Ihres Aufenthaltes erhalten.

Wir haben im Marienheim auch WLAN-Empfang. Leider funktioniert es nicht in allen Zimmern, sicher aber im Eingangsbereich.

Der WLAN-Code ist: **pirs719als**

Heimkosten

Beiliegend finden Sie die aktuelle Tarifliste (gemäß Vorgabe der NÖ Landesregierung). Aus dieser können Sie die anfallenden Heimkosten entnehmen. Sobald alle Einzelheiten geklärt sind, wird Ihnen ein Heimvertrag zur Unterschrift ausgehändigt.

Förder- und Zuschussmöglichkeiten:

Reicht Ihr Einkommen nicht, um die vorgegebenen Tarife zu begleichen, gibt es auch Fördermöglichkeiten. Richten Sie Ihre Anfragen je nach derzeitigem Hauptwohnsitz direkt an die:

Bezirkshauptmannschaft St.Pölten (für das Bundesland NÖ)

Sozialreferat/ Fr. Mattura
Am Bischofteich 1
3100 St.Pölten
Telefon: 02742 / 9025-37540

Fonds Soziales Wien (für das

Bundesland Wien)
Guglgasse 7-9
1030 Wien
Telefon: 01/ 24 5 24



Eingangsbereich Marienheim

Für Fragen können je nach Thematik folgende Personen kontaktiert werden:

Tel: 02231/63731 + DW

- **Einrichtungs- und Heimleiter:** AKHM Ing. Josef KREIMER
- **Pflegedienstleiterin:** Jasna MASIC, MSc
- **Verwaltungsassistentin:** Sabine SAUER , Mo-Mi 07.00 - 14.00 Uhr → DW 115
Vertretung: Melanie NEUHERZ, Mo-Fr 08.00 - 14.00 Uhr → DW 100
- **Wohnbereichsleitungen für pflegerische Belange:** Mo-Fr 07.00-12.00 Uhr
 - OG/WBL Edelweiss: DGKP Margit HARLANDER →DW 241
 - MG/WBL Orchidee: DGKP Lucija MILICEVIC →DW 144
 - UG/WBL Iris: DGKP Mag.Midhet KOVACEVIC →DW 345

Zimmerbeschreibung

Die BewohnerInnen unseres Hauses bewohnen vorwiegend Einzelzimmer mit einer Gesamtfläche von ca. 19 m², die folgendermaßen gegliedert sind:

- Wohn-Schlafrum
- Vorraum mit Einbaukasten und Garderobe
- Sanitärraum mit Waschgelegenheit, WC und Dusche

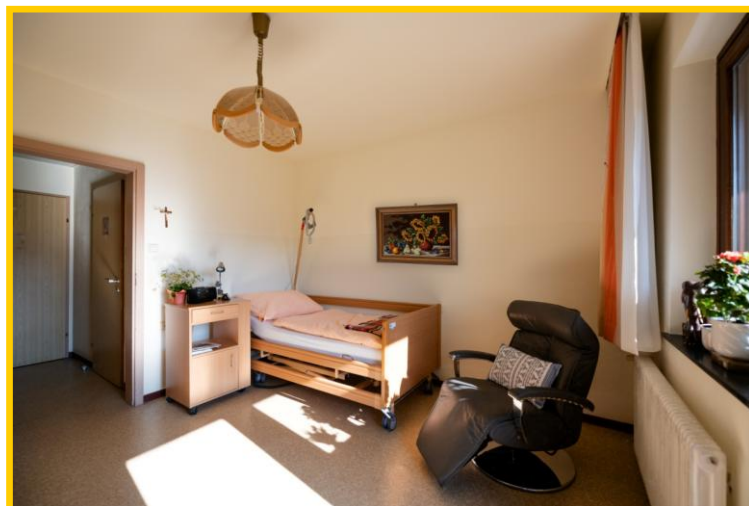
Zu der sonstigen Ausstattung der Wohneinheit zählen:

- Telefonanschluss
- Sat-TV Anschluss (TV-Gerät muss bei Bedarf mitgebracht werden – den Anschluss übernimmt unser Haustechniker!)
- Schwesternruf

In jedem Wohnbereich befindet sich ein allgemeines Badezimmer, in welchem Sie nach Terminabsprache mit dem Pflegepersonal ein Wannenbad genießen dürfen.

Im Marienheim gibt es auch eine begrenzte Zahl an Einzelzimmern mit Balkon.

Sie dürfen Ihr Zimmer gerne mit Bildern, Dekoration, etc. ausstatten – aber bitte selbst nichts an die Wand hängen. Das machen grundsätzlich nur unsere Haustechniker.



Beispielzimmer

CHECKLISTE für die Aufnahme

Sie haben sich für ein neues Zuhause entschieden und wir sind bestrebt, Ihnen den Aufenthalt in unserem Haus so angenehm wie möglich zu gestalten.

Für Ihren persönlichen Bedarf, für die Pflege und Ihr Wohlbefinden ersuchen wir Sie, die Dinge mitzubringen, die Sie selbst benötigen, um sich wohl zu fühlen. Die Auflistung soll eine Gedächtnisstütze und Hilfestellung sein. Die grau hinterlegten Unterlagen/Artikel sind verbindlich am Einzugstag mitzubringen:.

<p>Toiletteartikel:</p> <p>Haarbürste und Kamm, Manikürset, Haarfön, Rasierutensilien, evtl. Schale für Zahnprothese, Zahnbürste und Zahnpaste Papiertaschentücher</p>	<p>Flachwäsche wird bereitgestellt:</p> <p>Spannleintücher Tuchendbezüge Kopfpolsterbezüge Waschhandschuhe Handtücher Gästehandtücher</p>
<p>Wäsche: Damit Ihnen die Wäsche dauerhaft richtig zugeordnet werden kann, müssen die mitgebrachten Kleidungsstücke permanent und leserlich mit Ihrem Namen versehen sein.</p> <p>Morgenrock, Nachthemden, Hausschuhe, Sonstige Sommer- und Winterbekleidung,</p>	<p>Gesundheitsadministratives:</p> <p>E-Card, Medikamente und Liste mit ärztl. Bestätigung der Medikamente Krankenhausbefunde,</p>
<p>Sonstiges:</p> <p>Uhr, evtl. Ersatzbatterie auf Wunsch Radio und Fernsehgerät Schmutzwäschebehälter, verschließbar Abwaschbares Tischtuch Thermophor</p>	<p>Spätestens am Tag der Aufnahme im Sekretariat vorzulegen:</p> <p>Kopie eines Lichtbildausweises Zusatzvereinbarung Einverständniserklärung Foto und Apotheke Pflegegeldbescheid-Kopie Sepa-Lastschriften für Marienheim und Apotheke Waldstern Einverständniserklärung COVID-Impfung Zustimmung COVID-Testung Zustimmung zur Neuverblisterung Post, Wäsche und Pflegeartikelvereinbarung</p>

Wenn Privatwäsche chemisch gereinigt werden muss, sind diese Kosten vom Bewohner zu bezahlen!

Diverse Verbrauchsartikel (siehe Preisliste Pflegeartikel) haben wir lagernd und können von den BewohnerInnen bezogen werden.

EIGENES BANKKONTO

ZUR DEPOTGELDVERWALTUNG

Für die im Rahmen Ihres Aufenthaltes abzurechnenden Aufwendungen, wie Selbstbehalte, spez. Pflegeartikel, Pforteneinkäufe, Frisör, Fußpflege und Chemische Reinigung etc. wird von jeder/m Bewohner/In Depotgeld zur Gegenverrechnung eingehoben.

Die Verwaltung des Depotgeldes erfolgt im Marienheim bargeldlos und wird über ein eigens dazu errichtetes Depot-Bankkonto abgewickelt.

Um die Konten rechtzeitig wieder auffüllen zu können, **benötigen wir von jedem Bewohner eine Sepa-Lastschrift (Einzugsbemächtigung).**

Sollte die Sepa-Lastschrift aus welchen Gründen auch immer nicht unterschrieben werden, ersuchen wir Sie, bei Einzug einen **Startbetrag von EUR 200,-** als Depotgeld auf unten angeführtes Konto zu überweisen und dabei folgende Punkte zu berücksichtigen:

- Auf das Depot-Bankkonto **NUR Depotgelder** einzahlen, jedoch **KEINE Heimkostenbeiträge**, da die **Heimkostenbeiträge** über das **Betriebskonto** abgewickelt werden.
- Bei Überweisungen als Verwendungszweck UNBEDINGT „**Depotgeld**“ und den **Namen des Bewohners** angeben.
- Die Originalbelege der abgebuchten Beträge erhalten Sie in den jeweiligen Wohnbereichen.
- Depotkontoauszüge erhalten Sie bei neuerlichem Einzug oder auf Wunsch während der Dienstzeiten im Verwaltungsbüro.

Depotkonto: IBAN AT 93 3266 7000 0010 1386

***Wir wünschen einen angenehmen Aufenthalt im
Marienheim !***

Träger:

Kongregation der Schwestern vom Göttlichen Erlöser
Körperschaft öffentlichen Rechts
Provinz Österreich, Kaiserstraße 25-27, 1070 Wien
Provinzoberin: Sr. Barbara Geißlinger

Vertreten durch die TGE – gTrägersgesellschaft mbH
Wildbad 1, DE-92318 Neumarkt i.d.OPf.
Hauptgeschäftsführer: Dr. Rainer Beyer

Einrichtung:

Marienheim, Pensionisten- und Pflegeheim
Hauersteigstraße 51, 3003 Gablitz
UID-Nr.: ATU16291901

Einrichtungs- und Heimleitung: AKHM Ing. Josef Kreimer
Tel.: +43 (0) 2231 63731
Fax: +43 (0) 2231 63731 5
E-Mail: kreimer@pflegeheime-gablitz.at
Internet: www.marienheim-gablitz.at

Bankverbindung:

Raiba Wienerwald
Konto-Nr.: 124 206
BLZ: 32 667
IBAN: AT973266700000124206
BIC: RLNWATWWPRB

AUFNAHME

Informationsmappe

INHALT

Zur Information:

Schreiben „Herzlich Willkommen“

Tariflisten bzgl. Heimkosten, Friseur, Fußpflege und Pflegeartikel

Heimordnung

Am Einzugstag möglichst ausgefüllt und unterschrieben mitzubringen :

Zusatzvereinbarung

Zustimmungserklärung (Foto und Film)

Zustimmungserklärung Apotheke und EDV

Einwilligung Neuverblisterung

Einwilligung zur COVID-Testung

Post, Wäsche-und Pflegeartikelvereinbarung

Sepa-Lastschrift und Mandatsvorlage für Apotheke

Kopie eines Lichtbildausweises

Zimmer-Beschreibung

Biografie-Datenblatt

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Übernahme der Informationsmappe. Im Falle einer spontanen Absage (ab einer Woche vor der reservierten Aufnahme) fällt eine Stornogebühr in der Höhe von € 50,00 an.

Anfrage für BewohnerIn: _____

Mappe übergeben am: _____ an: _____

Bestätigung der Übernahme und Zimmerbesichtigung: _____

Zusatzvereinbarung

Hiermit verpflichte ich mich, die

für den/die BewohnerIn: _____

anfallenden Kosten für Heimunterbringung (bei Selbstzahlern: Unterkunft und Pflegekosten laut Tarifliste), Einbettzimmer-Selbstbehalte (bei Bezuschussung durch das Land NÖ) sowie auch für zusätzliche Anschaffungen (Selbstbehalte, Friseur, Fußpflege etc.) zu bezahlen.

Weiters verpflichte ich mich, die Apothekenkosten, welche noch bis zu einem Monat nach dem Todestag anfallen können, zu bezahlen.

Wir ersuchen Sie, die anfallenden Heimkosten bzw. Einbettzimmer-Selbstbehalte an folgende Bankverbindung zu überweisen:

Marienheim
Pensionisten- und Pflegeheim
Konto-Nr. 124 206, Raiba Wienerwald BLZ 32 667
IBAN: AT 97 3266 7000 0012 4206
BIC: RLNWATWWPRB

Verhältnis: _____

Erwachsenenvertretung: _____

Name: _____

Hauptwohnsitz: _____

Datum

Unterschrift

Zustimmungserklärung über die Veröffentlichung von Fotografien und Tonaufnahmen

Der Bewohner/die Bewohnerin, _____ erteilt hiermit ausdrücklich die Zustimmung zu

- der Anbringung eines Namensschildes an der Außenseite der Eingangstüre des Zimmers
- Bild- und Tonaufnahmen seiner/ihrer Person. Weiters erteilt der Bewohner/die Bewohnerin die zeitlich, örtlich und inhaltlich unbefristete Zustimmung, dass diese Bild- und Tonaufnahmen **intern in den Einrichtungen der Kongregation der Schwestern** vom Göttlichen Erlöser unentgeltlich veröffentlicht bzw. verwertet werden dürfen.
- Bild- und Tonaufnahmen seiner/ihrer Person. Der/die abgebildete Bewohner/Bewohnerin erteilt darüber hinaus sein/ihr zeitlich, örtlich und inhaltlich unbefristetes Einverständnis, dass diese Bild- und Tonaufnahmen **zum Zweck der Werbe- und Öffentlichkeitsarbeit** einer Einrichtung der Kongregation der Schwestern vom Göttlichen Erlöser, insbesondere in deren Einrichtungen, in der Mitarbeiterzeitung und anderen Druckwerken (z.B. Broschüren und anderes Werbematerial) bzw. auch in elektronischen Medien (z.B. TV, Facebook, Website,...) unentgeltlich veröffentlicht und verwertet werden dürfen. Die Fotografien bzw. Bild- und Tonaufnahmen können je nach Art der Veröffentlichung im Internet eingesehen werden und dort gegebenenfalls heruntergeladen werden.

In diesem Zusammenhang entbindet der Bewohner/die Bewohnerin die Einrichtung der Kongregation der Schwestern vom Göttlichen Erlöser von einer allfälligen Verschwiegenheitspflicht.

Das Einverständnis erfolgt freiwillig und kann jederzeit in schriftlicher Form mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort: Gablitz

Datum: _____

Unterschrift Bewohner/Bewohnerin: _____

Unterschrift:

- Bevollmächtigte/r
 - Vorsorgebevollmächtigte/r
 - Erwachsenenvertreter/in gewählt _____
 - Erwachsenenvertreter/in gesetzlich
 - Erwachsenenvertreter/in gerichtlich
- (bitte zutreffende Bezeichnung ankreuzen)

Zustimmungserklärung zur Apothekenwahl sowie zur Verarbeitung personenbezogener Daten des Bewohners/ der Bewohnerin in der Apotheke

Es gilt die freie Apothekenwahl gemäß § 350 Abs 4 ASVG, erforderlichenfalls ist die Einrichtung dem Bewohner/der Bewohnerin bei der Vermittlung dieser Leistungen behilflich.

Der Bewohner/die Bewohnerin, _____, erklärt sich im Falle der Vermittlung dieser Leistung damit einverstanden, dass die Arzneimittelversorgung durch die Apotheke Waldstern, Hauptstr. 21, 3003 Gablitz sichergestellt wird.

Der Bewohner/die Bewohnerin erteilt der Apotheke Waldstern die ausdrückliche Zustimmung, seine/ihre personenbezogenen Daten, nämlich Vor- und Zuname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer zum Zweck der Arzneimittelversorgung in elektronischer Form zu verarbeiten.

Der Bewohner/die Bewohnerin beauftragt die Apotheke Waldstern mit der Neuverblisterung und Abgabe der für die Bewohner/Bewohnerinnen bestimmten Arzneimittel auf Basis der jeweiligen ärztlichen Verschreibung und der jeweiligen Anforderung für rezeptfreie Arzneispezialitäten gemäß der Apothekenbetriebsordnung 2005. Dieser Auftrag kann von der Apotheke Waldstern, Hauptstraße 21 in 3003 Gablitz schlüssig durch Durchführung der Neuverblisterung und entsprechender Abgabe der Arzneimittel angenommen werden und erlischt mit der Beendigung des Heimvertrages.

Der Bewohner/die Bewohnerin beauftragt den Heimträger, die ärztlichen Verschreibungen und die Anforderungen für rezeptfreie Arzneispezialitäten sowie jene personenbezogenen Daten des Bewohners/der Bewohnerin, die für die Neuverblisterung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen der Neuverblisterungsbetriebsordnung und der Apothekenbetriebsordnung 2005 erforderlich sind, an die Apotheke Waldstern in Gablitz weiterzugeben und entbindet insoweit den Heimträger von seiner Verschwiegenheitspflicht.

Eine Weitergabe der Daten an Dritte darf nur nach ausdrücklicher Zustimmung durch den Bewohner/die Bewohnerin erfolgen.

Auf die dem Bewohner/der Bewohnerin zustehenden Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten wird hingewiesen. Das Einverständnis erfolgt freiwillig und kann jederzeit in schriftlicher Form ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Eine Rücknahme der Zustimmung hat die Löschung aller Daten zur Folge.

Unterschrift Bewohner/Bewohnerin: _____

Unterschrift: _____ Gablitz, am _____
(bitte zutreffende Bezeichnung ankreuzen)

- Bevollmächtigte/r
- Vorsorgebevollmächtigte/r
- Erwachsenenvertreter/in gewählt _____
- Erwachsenenvertreter/in gesetzlich
- Erwachsenenvertreter/in gerichtlich

Neuverblisterungsauftrag und Einwilligungserklärung

Ich, Frau/Herr, erkläre mich einverstanden, dass die Arzneimittelversorgung für mich – die/den BewohnerIn

..... durch Neuverblisterung, das ist die auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten ausgerichtete Zusammenstellung der Einmal-, Tages-, Wochen- oder von Arzneimitteln, in Blistern oder durch Befüllen von Dosierhilfen erfolgt. Ich beauftrage die Waldstern-Apotheke, Hauptstraße 23, 3003 Gablitz, die Blisterversorgung mit Arzneimitteln über Subunternehmer durchzuführen.

Zur Durchführung dieses Auftrages werden folgende BewohnerInnendaten benötigt:

- Name und Adresse,
- Sozialversicherungsnummer,
- Stammdaten des Arztes, der die Medikamente verordnet hat und
- Angaben zu den verordneten Medikamenten

Ich erkläre mich einverstanden, dass diese Daten vom Marienheim und der Waldstern-Apotheke zum Zwecke der fachgerechten Durchführung des von mir erteilten Auftrages zur Neuverblisterung verarbeitet und an das von der Apotheke beigezogene Blisterzentrum, das ist das Unternehmen, das die Blisterbefüllung vornimmt (derzeit Fa. Richter Pharma AG, 4600 Wels, Feldgasse 19) übermittelt werden.

Diese Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Das Widerrufsrecht kann gegenüber den Verantwortlichen des Marienheims entweder persönlich in der Verwaltung, per Post unter der Anschrift *Marienheim Pensionisten- und Pflegeheim, Hauersteigstraße 51, 3003 Gablitz* oder per E-Mail an sekretariat@marienheim-gablitz.at ausgeübt werden.

Wenn ich keine Einwilligungserklärung abgebe, oder die von mir abgegebene Einwilligungserklärung widerrufe, kann die Bereitstellung der Medikamente nicht vom Marienheim durchgeführt werden. Ich muss mich in diesem Fall selbst um die Beschaffung und Portionierung der Medikamente kümmern.

Gablitz, am :

Unterschrift BewohnerIn:

Unterschrift VertreterIn*:

*** ... (bitte Zutreffendes ankreuzen)**

.....Bevollmächtigte/r oderVorsorgebevollmächtigte/r

.....ErwachsenenvertreterIn (.....gewählt/.....gesetzlich/.....gerichtlich)

MARIENHEIM – GABLITZ

Name BewohnerIn: _____

Aufnahme: _____

Ausstattung des

- Einbettzimmers Nr.
- Doppelzimmers Nr.
- Einzel-Appartements Nr.
- Doppel-Appartements Nr.
-

Das Zimmer / Appartement besteht aus:

- Zimmer
- Vorraum
- Balkon
-
-

Zum Zimmer bzw. Apartment gehören:

- ein eigenes Bad
- ein Gemeinschaftsbad
- eine eigene Dusche
- eine Gemeinschaftsdusche
- eine eigene Toilette
- eine Gemeinschaftstoilette
- Der/die Bewohner/in hat das Recht auf Nutzung
 - eines Gemeinschaftsbades
 - einer Gemeinschaftsdusche
 - einer Gemeinschaftstoilette

Die Räumlichkeiten wurden

- besichtigt
- nicht besichtigt.

Die sonstige Ausstattung des Zimmers bzw. des Apartments umfasst:

- Telefonanschluss
- Telefon-Nebenanschluss
- Kabel-TV
- SAT-TV (analog)
- ..Schwesternruf.....

Vom Heim werden folgende Einrichtungsgegenstände zur Verfügung gestellt:

1 Pflegebett, 1 Nachtkästchen

Folgende Einrichtungsgegenstände wurden mitgebracht:

Zur Kenntnis genommen: _____

Unterschrift Bewohner/in

Unterschrift MA Marienheim

BIOGRAPHIE – DATENBLATT

Sehr geehrte/r Bewohner/in!

Sehr geehrte/r Angehörige/r!

Um eine gute individuelle Betreuung und Pflege sicherzustellen, sind wir auf Ihre Vorinformationen bzgl. Vergangenheit, Familie, Gewohnheiten etc. angewiesen.

Wir ersuchen Sie daher, das Datenblatt nach besten Wissen auszufüllen.

Das Ausfüllen des Biographie-Datenblattes ist jedoch freiwillig, sie können auch einzelne Fragen unbeantwortet lassen.

Name: _____

Vorname: _____

Personenangaben:

Spitzname: _____

Familienstand: _____

Geschwister: _____

In Wohlstand/Armut aufgewachsen - gelebt

Aufgewachsen in: Wohlstand _____ Armut _____

Gelebt in : Wohlstand _____ Armut _____

Beruf: _____ Berufsjahre: _____

Ausbildung: _____

(Ehe)- PartnerIn

(Ehe) PartnerIn: _____ Kosename: _____

Beruf: _____ Geb.datum: _____

Verstorben: _____ Wie lange waren Sie verheiratet? _____

Wie war es Ihnen in Ihrer Partnerschaft/Ehe ergangen? _____

Zu Hause

Wo waren Sie zu Hause? _____

Wie sah ihr Heimatort aus? _____

Bezugsperson

Haben sie Kinder? _____

Haben Sie Enkelkinder? _____

Sonstige Bezugspersonen: _____

Freundschaften früher: _____

Wer oder was war für Sie prägend? _____

Schicksalsschläge

Schicksalsschläge: _____

Eigene Erkrankungen: _____

Positive Erlebnisse aus Ihrem Leben

Positive Erlebnisse: _____

Interessen

Interessen damals: _____

Interessen heute: _____

Welche Lebensweisheiten wollen Sie uns mitgeben?

Lebensweisheiten: _____

Eigenheiten, Sprüche

Eigenheiten, Sprüche: _____

Offene Wünsche und Ziele

Wünsche und Ziele: _____

Umgang mit schwierigen Situationen

Wie gehe ich mit schwierigen Situationen um? _____

Gewohnheiten

Allgemeines: _____

Essens-Gewohnheiten: _____

Lieblingsspeise/getränk: _____

Schlaf-Gewohnheiten: _____

Hygiene

Toilette: Probleme mit der Ausscheidung? _____

Persönliche Hygiene, Bekleidung: _____

Lieblingsbeschäftigung

Lieblingsbeschäftigung _____

Umgang mit Pflegepersonen

Was soll die Pflegeperson im Umgang mit Ihnen vermeiden?

Religion

Welcher Religionsgemeinschaft gehör(t)en Sie an? _____

Besonderheiten

Begründung der Aufnahme im Pflegeheim

Begründung _____

Wunsch des Bewohners/der Bewohnerin: _____

Wunsch des/der Angehörigen:

Biographie erstellt von : _____ Verhältnis: _____

Bitte das ausgefüllte Datenblatt am Tag der Aufnahme mitbringen!!

Einverständniserklärung zur COVID 19 - Testung

Der Bewohner/die Bewohnerin, _____ erteilt hiermit ausdrücklich die Zustimmung zur

- *Testung per Nasenabstrich*

In diesem Zusammenhang entbindet der Bewohner/die Bewohnerin die Einrichtung der Kongregation der Schwestern vom Göttlichen Erlöser von einer allfälligen Verschwiegenheitspflicht.

Das Einverständnis erfolgt freiwillig und kann jederzeit in schriftlicher Form mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Ort: Gablitz

Datum: _____

Unterschrift Bewohner/Bewohnerin: _____

Unterschrift:

- Bevollmächtigte/r
- Vorsorgebevollmächtigte/r
- Erwachsenenvertreter/in gewählt _____
- Erwachsenenvertreter/in gesetzlich
- Erwachsenenvertreter/in gerichtlich
(bitte zutreffende Bezeichnung ankreuzen)