



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

HEIMVERTRAG

PersonenNr

shiAdrEmpf5

HEIMVERTRAG

Zwischen den Unterzeichneten :

L'shiAbsFenster

Vertreten durch Frau **Patricia HELBACH**, Direktor

Im Folgenden der « Dienstleister »

und

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

geboren am Geburtsdatum à GeburtsOrt

wohnhaft in ●

im Folgenden der « Bewohner »

handelnd in eigenem Namen

vertreten durch :

Anrede : Frau/Herrn

Name :

Geburtsname :

Beziehung :

wohnhaft in :

wird folgender **Heimvertrag** geschlossen :



VERTRAGSGEGENSTAND

Art.1 Unterkunft

Der Dienstleister stellt dem Bewohner das Einzelzimmer **Wohneinheit** im **Stock Etage** in der Wohneinheit **Bereich zu Wohneinheit** zur Verfügung.

1.1 Ausstattung

Das Einzelzimmer verfügt über einen Eingangsbereich mit Wandschrank mit integriertem Kühlschrank, ein Badezimmer mit Waschbecken, Dusche, WC, Haltegriffen, Warm- und Kaltwasser, einen Telefonanschluss, einen Kabelfernsehanschluss, elektrische Anlagen (Multimediasteckdose mit Internetzugang auf Anfrage) und Heizung.

1.2 Mobiliar

Mit Zustimmung der Hospizleitung kann der Bewohner die Einrichtung des Zimmers mit persönlichen Gegenständen ergänzen (Kleinformel, Dekorationsgegenstände).

Zu der vom Hospiz zur Verfügung gestellten Grundausrüstung gehören :

- ein elektrisch verstellbares Bett
- ein Nachttisch
- ein Tisch
- ein Stuhl
- ein Sessel
- ein Wandschrank
- Vorhänge und/oder Jalousien

Diese Standardausstattung darf in keinem Fall aus dem Zimmer entfernt werden.

1.3 Belegung und Zimmerwechsel

Dem Bewohner kann nicht garantiert werden, dass er während der gesamten Dauer seines Aufenthalts dasselbe Zimmer belegen kann. Die Einrichtung behält sich das Recht vor, den Bewohner aus medizinischen Gründen (Entwicklung des Gesundheitszustandes) oder aus organisatorischen oder ablaufbedingten Gründen in ein anderes Zimmer zu verlegen.

Die Entscheidung über eine Verlegung wird von der Hospizleitung auf Grundlage der Stellungnahme eines interdisziplinären Ausschusses getroffen und wird von der Pflegebereichsleitung dem Bewohner und/oder seinen Angehörigen mitgeteilt.

Bei jedem Zimmerwechsel kommt es zu einer Änderung des Beherbergungsvertrages und es kann zu einer Preisanpassung gemäß Artikel 4 kommen.

1.4 Vorbereitung des Zimmers

Vor Ankunft des Bewohners wird das Zimmer von der Einrichtung vorbereitet und ein Übergabeprotokoll (unterzeichnet von beiden Parteien) wird am Tag des Einzugs erstellt.



Ohne Zustimmung der Hospizleitung dürfen keine Veränderungen in dem Zimmer vorgenommen werden.

Im Falle von Beschädigungen im Zimmer (Möbel, Sanitäranlagen usw.), die absichtlich vom Bewohner herbeigeführt wurden, sind die Kosten für Reparaturen von ihm zu tragen

Art.2 Leistungen

Im Rahmen der gerontologischen Betreuung beinhaltet der vorliegende Vertrag die folgenden in der Einrichtung angebotenen Leistungen :

- Anwesenheit von qualifiziertem Personal rund um die Uhr, das über das Rufsystem (système d'appel) erreichbar ist
- Drei Mahlzeiten am Tag
- Reinigung und technische Instandhaltung des Zimmers des Bewohners und der gemeinschaftlichen Infrastrukturen
- Bereitstellung und Reinigung von Flachwäsche
- Einrichtung, Reinigung und Instandhaltung von Aufenthaltsräumen, in denen eine angenehme Atmosphäre herrscht, in der sich die Bewohner wohlfühlen und die an die Erfordernisse der verschiedenen Wohneinheiten angepasst sind
- Cafeteria, die an allen Wochentagen geöffnet ist
- Bereitstellung eines Friseursalons
- Zugang zum Park und zur Umgebung
- Multidisziplinäre gerontologische Betreuung
- Möglichkeit, an einem soziokulturellen Programm teilzunehmen
- Regelmäßige Betreuung durch einen Sozialarbeiter
- Möglichkeit zur Teilnahme am Gottesdienst und der seelsorgerischen Betreuung

Die von der Caisse Nationale de Santé (CNS) im Rahmen der Pflegeversicherung gewährten Pflegeleistungen sind Gegenstand eines gesonderten Vertrags

Art.3 Reinigung der Wäsche

Die Reinigung der von der Einrichtung bereitgestellten Flachwäsche ist im Unterkunftspreis enthalten.

Die Reinigung privater Wäsche wird entweder von der Familie oder den Angehörigen oder von einer externen Wäscherei übernommen.

Art.4 Unterkunftspreise

Der Unterkunftspreis sowie die Preise für Zusatzleistungen können vom Verwaltungsrat nur einmal im Kalenderjahr angepasst werden (vorbehaltlich der Anpassung an den Verbraucherpreisindex). Jede Änderung des Unterkunftspreises wird dem Bewohner mindestens drei Monate im Voraus.

Der tägliche Unterkunftspreis für das Zimmer **No Wohneinheit** beträgt:

<input type="checkbox"/>	HCPA-A	Zimmer 16 - 23 m ²	98,23 €
<input type="checkbox"/>	HCPA-B	Zimmer 24 - 30 m ²	99,58 €



<input type="checkbox"/>	HCPA-C	Zimmer > 30 m ² , Einschränkungen	101,01 €
<input type="checkbox"/>	HCH-D	Zimmer < 30 m ²	108,14 €
<input type="checkbox"/>	HCH/HCPA-E	Zimmer > 30 m ² oder < 30 m ² mit Balkon	118,16 €

Die folgenden Leistungen sind nicht im Unterkunftspreis inbegriffen :

- Kosten für Medikamente und pharmazeutische Produkte, die nicht von der Caisse Nationale de Santé (CNS) übernommen werden
- Arztrechnungen (diese werden direkt an den jeweiligen Arzt bezahlt)
- Kosten für Inkontinenzprodukte für den Fall, dass die Pflegeversicherung die Kosten nicht übernimmt
- Kabelfernsehanschluss
- Telefon-Flatrate
- Getränke im Zimmerservice
- Verzehrkosten Cafeteria
- Kosten für Pediküre
- Friseurrechnung
- Kosten für die Reinigung privater Wäsche
- Einkäufe im Kiosk

Der Bewohner kann sich gegen Zahlung einer Kautions von **50,- €** einen Schlüssel geben lassen (wird nach Rückgabe des Schlüssels zurückgezahlt).

Der Bewohner kann sich gegen Zahlung einer Kautions von **250,- €** eine Rufuhr / einen Rufanhänger geben lassen (wird nach Rückgabe zurückgezahlt).

Der Bewohner bzw. sein gesetzlicher Vertreter verpflichtet sich vor der effektiven Aufnahme zur Zahlung einer Kautions von **3.640,- €** (mit Indexbindung, Index 944,43 vom 01.09.2023) auf unser Konto BCEE IBAN LU38 0019 1001 0333 9000 (Kontoinhaber: Hospices Civils de la Ville de Luxembourg). Die Kautions wird am Ende des Aufenthalts des Bewohners nach Abzug der entstandenen Kosten (Unterkunfts- und Nebenkosten wie Getränke, Kiosk usw., Arzt- und Apothekenrechnungen, Kosten für Wäschereinigung, Pediküre- und Friseurrechnungen usw.) an den gesetzlichen Erben des Bewohners oder an das Sozialamt (Office social) / andere Einrichtung die die Kautions übernommen hat, zurückgezahlt.

In der ersten Rechnung wird eine nicht rückzahlbare Pauschale für die Wiederinstandsetzung des Zimmers in Höhe von **672,- €** (mit Indexbindung, Index 944,43 vom 01.09.2023) ausgewiesen.

Der Bewohner kann seine eigene Matratze mitbringen. Gegebenenfalls wird bei der Aufnahme eine neue Matratze bereitgestellt und zum geltenden Lieferantenpreis (siehe Preisliste) in Rechnung gestellt. Diese Matratze gehört zum privaten Eigentum des Bewohners und muss bei der Räumung des Zimmers entfernt werden.

Der Unterkunftspreis ist bei Bewohnern, die keine Rentenabtretung (im Rahmen der Maßnahmen des **Fonds National de Solidarité**) vereinbart haben, postnumerando nach Erhalt einer Rechnung zum 15. jedes Monats per Überweisung zu zahlen. Wir empfehlen jedoch jedem Bewohner, dem Dienstleister eine Einzugsermächtigung zu erteilen, damit dieser den Rechnungsbetrag zur Fälligkeit von seinem Bankkonto einziehen kann. Der Bewohner verpflichtet sich, dafür zu sorgen, dass sein Konto immer ausreichend gedeckt ist, damit die Zahlung der Rechnungen des Dienstleisters gewährleistet ist.



Verantwortlich für die finanziellen Angelegenheiten des Bewohners ist :

Name / Vorname : ●

Beziehung : ●

Adresse : ●

Art.5.1 Preisminderung

In folgenden Fällen wird ab dem 2. Abwesenheitstag eine Preisminderung von 10 % auf den täglichen Unterkunftspreis gewährt :

- Krankenhausaufenthalte
- Urlaub
- Weiternutzung (non libération) des Zimmers nach Versterben des Bewohners

Art.5.2 Reservierungsdauer des Zimmers

Falls der Bewohner erst nach dem Vertragsbeginn gemäß Artikel 9.1 in der Einrichtung aufgenommen wird, behält sich die Einrichtung das Recht vor den unter Artikel 4 festgelegten Unterkunftspreis zu verrechnen. Die unter Artikel 5.1 festgelegte Preisminderung wird von dem Unterkunftspreis abgezogen.

Die Reservierungsdauer ist auf 5 Kalendertage begrenzt.

Der vorliegende Artikel findet ebenfalls Anwendung falls die Aufnahme des Bewohners aus gesundheitlichen Gründen verschoben werden muss.

Art.6 Fonds National de Solidarité

Neben dem Bewohner und dem gesetzlichen Vertreter des Bewohners ist auch der Dienstleister ermächtigt, einen Antrag auf finanzielle Unterstützung beim Fonds National de Solidarité zu stellen, wenn er dies nach Prüfung der finanziellen Situation des Bewohners, wie sie ihm bekannt ist, für angebracht erachtet.

Der Dienstleister hält die Familie oder den gesetzlichen Vertreter des Bewohners über die unternommenen oder vorgesehenen Schritte auf dem Laufenden.

Der Bewohner, die Familie bzw. der gesetzliche Vertreter des Bewohners informieren den Dienstleister über alle Veränderungen hinsichtlich der finanziellen Situation des Bewohners, wenn ein Antrag beim FNS eingereicht wurde oder wenn die finanzielle Situation die Einreichung eines Antrags erforderlich macht.

Der Dienstleister kümmert sich um die Verwaltungsformalitäten bei den oben genannten Stellen, kann aber nicht für den Verlauf oder das Ergebnis der unternommenen Schritte haftbar gemacht werden.



Die Einrichtung behält sich das Recht vor, eine Abtretung der Rente des Bewohners vorzunehmen, falls ein Antrag auf Erhalt der Unterstützung für die gerontologische Betreuung beim FNS eingereicht wurde.

Art.7 Pflegeversicherung

Mit der Unterzeichnung des vorliegenden Vertrags verpflichtet sich der Bewohner, einen Antrag für die Übernahme der Kosten für Pflegeleistungen zu stellen, wie von der Pflegeversicherung vorgeschrieben. Die Bedingungen für die Erfüllung des Pflegeplans sind in dem beigefügten Betreuungs- und Pflegevertrag festgelegt. Der von der Pflegeversicherung als pflegebedürftige Person anerkannte Bewohner abgeschlossene Hilfe- und Betreuungsvertrag ist integraler Bestandteil dieses Beherbergungsvertrages und ihre jeweiligen Bestimmungen bilden ein einheitliches und unteilbares Ganzes.

Art.8 Medizinisches Material

Die Hospices Civils sind berechtigt, jegliche Ausrüstung oder Geräte für persönliche Zwecke (Sauerstoffgerät, Rollstuhl, Ernährungspumpe usw.) für den Bewohner entgegenzunehmen und die entsprechenden Lieferscheine zu unterzeichnen.

Art.9 Merkmale des Vertrags

Der vorliegende Vertrag unterliegt nicht dem Gesetz vom 14.02.1955 über den Mietvertrag. Es handelt sich um einen Heimvertrag gemäß Artikel 10 des Gesetzes vom 8. September 1998, dem sogenannten ASFT-Gesetz. Diesbezüglich erkennt der Bewohner ausdrücklich an, dass mit den durch den vorliegenden Vertrag gewährten Rechten keine vertraglichen und gesetzlichen Rechte als Mieter verbunden sind.

Der Vertrag ist personengebunden. Der Nutzer hat die Räumlichkeiten und den Zustand seines Zimmers begutachtet und ist verpflichtet, sorgsam damit umzugehen und das Zimmer am Ende des Vertrags in dem Zustand zurückzugeben, in dem es sich bei Einzug befunden hat.

Art.10 Dauer des Vertrags

10.1. Vertragsbeginn

Der vorliegende Vertrag beginnt am ●

Er wird für unbestimmte Zeit geschlossen.

10.2. Vertragsende

10.2.1. Auflösung des Vertrags

Der Vertrag kann endgültig aufgelöst werden :

- wenn sich die Parteien einvernehmlich darauf einigen



- durch den Dienstleister mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum letzten Tag des Monats, in dem die Kündigung per Einschreiben mitgeteilt wurde: für den Fall, dass der Bewohner eine Änderung des Unterkunftspreises und/oder die vom Verwaltungsrat beschlossenen Zusatzkosten nicht akzeptiert oder wenn der Bewohner trotz mehrfacher schriftlicher Aufforderung seinen Zahlungspflichten nicht nachkommt oder bei einem schwerwiegenden und wiederholten Verstoß gegen seine vertraglichen Pflichten oder die Heimordnung
- durch den Bewohner mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zum letzten Tag des Monats, in dem die Kündigung per Einschreiben mitgeteilt wurde; am Tag des Ablaufs der Kündigungsfrist muss der Bewohner sein Zimmer geräumt haben
- durch den Dienstleister, mit einer Kündigungsfrist von einem Monat, per Einschreiben im Falle eines schwerwiegenden Vorfalls, der durch den Bewohner verursacht wurde oder im Falle einer längeren Abwesenheit des Bewohners über einen ununterbrochenen Zeitraum von 30 Tagen oder mehr, sofern dem Bewohner keine vorherige schriftliche Genehmigung der Verwaltung für eine solche Abwesenheit erteilt wurde.

10.2.2. Aussetzung des Vertrages

- Der Vertrag ruht automatisch, wenn der Bewohner zum Aufenthalt im Krankenhaus oder in einer kranken- oder unfallversicherten Einrichtung aufgenommen wird.

Die Wirkung der Aussetzung des Vertrags beginnt am Tag nach der Aufnahme des Bewohners in das Krankenhaus oder in eine der oben genannten Einrichtungen. Die Wirkung der Vertragsunterbrechung endet mit dem Tag der Wiedereingliederung des Bewohners in die Einrichtung.

- Mit schriftlicher Zustimmung der Direktion kann der Vertrag auch im Falle einer vorübergehenden Abwesenheit des Bewohners aus persönlichen Gründen ausgesetzt werden, während derer er vorübergehend auf Hilfe und Pflege verzichtet. Die Aussetzung wird dann gemäß der Entscheidung der Geschäftsführung für den betreffenden Zeitraum wirksam.

In diesen beiden Fällen sorgt die Einrichtung für die Freigabe des Zimmers des Bewohners für die festgelegte Dauer der Aussetzung und garantiert die Bereitstellung eines Einzelzimmers für den Bewohner am Ende des Sperrzeitraums. Allerdings und in Übereinstimmung mit Artikel 1.3. gemäß diesem Vertrag kann dem Bewohner keine Garantie dafür gegeben werden, dass er vor und nach der Aussetzungsfrist das gleiche Zimmer bewohnen kann. Die Einrichtung sorgt auf eigene Kosten dafür, dass die Gegenstände des Bewohners bei Wiedereingliederung in das neue Zimmer überführt werden.

10.2.3. Tod des Bewohners

Der Vertrag endet automatisch mit dem Tod des Bewohners.

In diesem Fall händigt der Dienstleister die Sachen, die dem Bewohner gehört haben, dem gesetzlichen Erben aus.

Das Zimmer wird bis zum Zeitpunkt der Räumung und der Rückgabe des Schlüssels mit 90 % in Rechnung gestellt.



10.2.4. Räumung

Das Zimmer muss innerhalb von drei Kalendertagen nach dem Tod des Bewohners geräumt werden.

Nach Ablauf dieser Frist wird das Zimmer auf Kosten des gesetzlichen Erben geräumt: Kosten für die Räumung in Höhe von 220,- € und gegebenenfalls Kosten für die Veräußerung der privaten Gegenstände.

Die privaten Gegenstände können nicht an die Zivilhospize oder einen Mitarbeiter der Zivilhospize vermacht oder verkauft werden

Art.11 Haftung

Der Dienstleister hat für alle Bewohner eine Haftpflichtversicherung abgeschlossen, die Risiken innerhalb und außerhalb der Einrichtung abdeckt.

Der Dienstleister empfiehlt dem Bewohner weder Bargeld und/oder Kreditkarten noch Wertsachen (Schmuck, Gemälde usw.) in seinem Zimmer aufzubewahren.

Der Dienstleister lehnt jegliche Haftung bei Diebstahl, Verlust oder Beschädigung von Wertgegenständen ab. In diesen Fällen empfiehlt der Dienstleister dem Bewohner, den Diebstahl bei einer amtlichen Stelle anzuzeigen

Art.12 Heimordnung

Der Bewohner bestätigt, dass er ein Exemplar der geltenden Heimordnung, die Bestandteil des vorliegenden Vertrags ist, erhalten und den Inhalt verstanden hat und sie beachten wird. Er verpflichtet sich, jede Änderung, die zu einem späteren Zeitpunkt vom Dienstleister vorgenommen und ihm vor Inkrafttreten mitgeteilt wird, zu beachten.

Art.13 Sonstige Bestimmungen

- a) Jede Änderung oder Ergänzung des vorliegenden Vertrags muss in einem Nachtrag vereinbart werden, der von den beiden Parteien ordnungsgemäß zu unterzeichnen ist.
- b) Der vorliegende Vertrag kann auch zu Informations- oder Meldezwecken durch Anhänge ergänzt werden. Diese Anhänge sind dann Bestandteil des Vertrags.
- c) Bei fehlender Leistung eines bestimmten Aspekts ist der Bewohner nicht berechtigt, die Zahlung der monatlichen Rechnung zurückzustellen oder zu verweigern; die Gültigkeit des vorliegenden Vertrags wird davon nicht berührt.
- d) Der Bewohner gibt als seine Wohnadresse die Adresse des Hospice de Pfaffenthal an. Diese Bestimmung gilt nicht für einen Bewohner, dessen Ehepartner weiterhin in der ehelichen Wohnung lebt.



- e) Die Beziehungen zwischen den Parteien sind durch luxemburgisches Recht geregelt. Bei Streitigkeiten zwischen dem Bewohner und dem Dienstleister wird der Verwaltungsrat mit der Angelegenheit befasst, der einen Schlichtungsversuch unternimmt. Gegebenenfalls werden die Bezirksgerichte von und in Luxemburg mit der Streitigkeit befasst.

Der Bewohner erklärt hiermit, dass er den Heimvertrag, die Heimordnung und das Einrichtungskonzept zur Kenntnis genommen hat.

Der Bewohner erklärt ferner, dass er den Anhang „Verwendung der personenbezogenen Daten der Bewohner“ erhalten und dessen Inhalt verstanden hat und diesem zustimmt.

In zweifacher Ausfertigung erstellt in Luxemburg, den 28/08/2024

Unterschriften :

Bewohner / Gesetzlicher
Vertreter / Bevollmächtigter /
Vertrauensperson

Dienstleister



ANHANG 1 – VERWENDUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DER BEWOHNER

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

Wohnbereich: **BereichzuWohneinheit**

Zimmernummer : **Wohneinheit**

Datum der Aufnahme : **Einzug**

Wir möchten Sie darüber informieren, dass die HCVL sowohl im Rahmen der Leistungen, die wir zur Erfüllung des Heimvertrags für Sie erbringen, als auch der Erbringung der medizinischen Pflege- und zugehörigen Leistungen personenbezogene Daten, die Sie und/oder Ihre Vertrauensperson und/oder ihren gesetzlichen Vertreter betreffen, erheben, erfassen, speichern, verarbeiten und weitergeben.

Eine systematische Verwaltung dieser Daten ist Grundvoraussetzung und unerlässlich, um effiziente und hochwertige Pflege- und Unterbringungsleistungen anbieten zu können gemäß den geltenden Vorschriften.

Die HCVL sichern als Verantwortlicher der Verwaltung zu, dass bei allen diesen Vorgängen die diesbezüglichen gesetzlichen Pflichten streng eingehalten werden, insbesondere um den Schutz Ihrer Privatsphäre dauerhaft sicherzustellen, und dies gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz von Personen bei der Verarbeitung von personengezogenen Daten.

Alle diese medizinischen Informationen sind darüber hinaus durch das Berufsgeheimnis geschützt, an das alle Ärzte und Mitarbeiter der HCVL gebunden sind.

Es wird besonders großen Wert auf die Vertraulichkeit bei der Verarbeitung dieser Informationen sowie auf eine strenge Verwaltung der Zugriffsrechte für diese Daten gelegt.

Während Ihres Aufenthalts in einer unserer Einrichtungen ist es notwendig, dass die folgenden Personen Zugriff auf Ihre Daten haben :

- Ihre behandelnden Ärzte,
- das betreffende Pflegepersonal,
- bei Bedarf jede andere qualifizierte Person für die Zwecke der Diagnose, der Behandlung und der Pflege,
- technisches und Verwaltungspersonal, das für die Verwaltung der Daten zuständig ist.

Wir möchten Sie auch darauf hinweisen, dass aus Gründen der Effizienz alle oder bestimmte Vorgänge in Verbindung mit den Daten und der Wartung der für deren Verwaltung erforderlichen IT-Systeme an einen externen Dienstleister ausgelagert werden können.

In einem solchen Fall stellen die HCVL sicher, dass sich dieser Dienstleister verpflichtet, sich streng an alle vorgenannten Pflichten und generell an alle geltenden gesetzlichen Pflichten zu halten.



Die HCVL informieren Sie darüber, dass Sie jederzeit ein Recht auf Auskunft und ein Recht auf Berichtigung der Sie betreffenden Daten haben.

Darüber hinaus und außer in den Fällen, in denen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtend ist, haben Sie ein Recht auf Löschung der Sie betreffenden Daten und können der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten widersprechen und/oder die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einschränken.

Schließlich können Sie Ihr Recht auf Übertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten ausüben.

Die HCVL ergreifen alle vernünftigerweise praktikablen Maßnahmen zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten.

Ihre personenbezogenen Daten werden so lange aufbewahrt, wie es für den Zweck der Verarbeitung erforderlich ist, und gemäß den luxemburgischen Rechtsvorschriften über die Aufbewahrung von Dokumenten archiviert.

Wenn Sie Ihre Rechte ausüben und Auskunft über die Sie betreffenden Informationen erhalten möchten, können Sie eine schriftliche Anfrage an die Direktion des Hospices Civils de la Ville de Luxembourg, 2 rue Englebert Neveu, L-2224 Luxembourg, stellen.

Wir informieren Sie hiermit darüber, dass Ihre Einwilligung in die Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten nach Ablauf Ihres Vertrags gemäß Artikel 9.2 des Heimvertrags automatisch ihre Gültigkeit verliert.

Luxemburg, den 28/08/2024

Der/die Unterzeichnete hat diese Information zur Kenntnis genommen und erklärt, sie verstanden zu haben und ihr zuzustimmen.

Bewohner / Gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter / Vertrauensperson

Unterschrift : _____



Willkommen

Die Direktion und das gesamte Personal heißen Sie im Hospice, Ihrem neuen Lebensort, willkommen und werden alles tun, um Sie im Alltag angemessen zu unterstützen. Unter Berücksichtigung Ihrer individuellen Bedürfnisse sind wir bestrebt, Ihnen das Leben so angenehm wie möglich zu gestalten, damit Sie sich wie zu Hause fühlen.

Wir bitten Sie, die beigelegte Willkommensbroschüre zu lesen, um alle Informationen zum gesamten Leistungsspektrum sowie zur internen Funktionsweise der Dienste zu erhalten.

In der vorliegenden Heimordnung sind die Richtlinien festgelegt, die von den Bewohnern, Mitarbeitern und Besuchern einzuhalten sind, um die Sicherheit und das Wohlbefinden aller Bewohner innerhalb der Wohngemeinschaft sowie eine umfassende gute Betreuung zu gewährleisten.

I. Allgemeines

1. Der Bewohner ist frei in seinen Entscheidungen und kann die Einrichtung jederzeit tagsüber verlassen. Um Missverständnisse und Falschalarme (z. B. Vermisstenanzeige bei der Polizei) zu vermeiden, wird der Bewohner bzw. dessen Angehöriger jedoch gebeten, das Pflegepersonal über seine Abwesenheit zu informieren.

2. Besuche sind den ganzen Tag über möglich, aber um den Lebensrhythmus des Bewohners und den reibungslosen Ablauf der multidisziplinären Betreuung nicht zu stören, werden Besuchszeiten zwischen 10:30 und 12:00 Uhr sowie zwischen 13:30 und 19:30 Uhr empfohlen. In besonderen Situationen wie bei einer Sterbebegleitung, Krankenhausaufenthalt oder Notsituationen sind Besuche jedoch jederzeit möglich.

3. Das Rauchen/Dampfen ist innerhalb der Einrichtung (Wohneinheiten, Flure, Aufzüge usw.) verboten. Im Erdgeschoss des Hospice de Hamm und im Untergeschoss des Hospice de Pfaffenthal wurde für die Bewohner ein Raucherbereich eingerichtet.

4. Die Haltung von Haustieren auf den Zimmern ist nicht gestattet. Der Besuch von Haustieren, die an der Leine geführt werden, ist jedoch willkommen, sofern sie andere Bewohner nicht belästigen.

Unter keinen Umständen dürfen sich Tiere auf den Fluren oder in den Gemeinschaftsräumen frei bewegen und sind im Restaurant und in den Speisesälen nicht gestattet.

5. Jegliche Form der audiovisuellen oder Videoüberwachung ist untersagt. Die Nichtbeachtung dieser Regel führt automatisch zur Kündigung des Heimvertrags und zu einer Anzeige bei der Polizei.

6. Es ist strengstens verboten, Waffen und/oder Munition jeglicher Art sowohl innerhalb der Einrichtung als auch auf dem gesamten Gelände der Hospices Civils mit sich zu führen oder zu besitzen.

7. Es ist verboten, innerhalb der Einrichtung der Hospices Civils Drogen zu besitzen, mitzubringen oder zu konsumieren.



8. Die Besucher dürfen die Ruhe der Bewohner nicht stören. Ihr Verhalten und ihre Kommunikation sollen auf einen höflichen Umgang mit anderen Bewohnern, anderen Besuchern und Mitarbeitern abzielen. Gegenseitiger Respekt ist ein Muss. Die Besucher verpflichten sich außerdem, die Intimsphäre aller Bewohner zu achten, indem sie weder über das Leben der Bewohner in der Wohngemeinschaft noch über das Personal Informationen/Fotos in den sozialen Medien veröffentlichen.

II. Die Unterkunft

1. Unsere Einrichtung stellt den Bewohnern Zimmer zur Verfügung, die mit hochwertigem Mobiliar eingerichtet sind, mit dem sorgfältig umgegangen werden soll. An der Unterkunft können keine Änderungen oder Anpassungen vorgenommen werden. Sämtliche Verschönerungs- und Dekorationsarbeiten (Aufhängen von Bildern usw., die u. a. Löcher in der Wand erfordern) werden ausschließlich vom technischen Dienst nach dessen Verfügbarkeit durchgeführt. Jede Beschädigung muss dem Leiter der Wohneinheit mitgeteilt werden. Im Falle von Beschädigungen, die absichtlich vom Bewohner herbeigeführt wurden, sind die Reparaturkosten von ihm zu tragen.

2. Wir raten davon ab, Bargeld, Schmuck oder Wertsachen im Zimmer aufzubewahren. Sie können Gegenstände in einen Safe in der Einrichtung einschließen lassen, sofern möglich. Die Einrichtung lehnt jegliche Haftung bei Verlust, Abnutzung oder Diebstahl von persönlichen Sachen der Bewohner ab. Bei Räumung des Zimmers entfernen die Angehörigen des Bewohners die persönlichen Gegenstände innerhalb der im Heimvertrag angegebenen Fristen.

3. Der Bewohner kann bestimmte elektrische Geräte mitbringen (Fernsehgerät, Stehlampe usw.), die unseren geltenden Sicherheitsvorschriften entsprechen. Das Personal des technischen Dienstes kann Geräte entfernen, die diesen Vorschriften nicht entsprechen. Es ist jedoch verboten, Heizplatten, Heizmatten usw. jeglicher Art zu installieren.

4. Alle Zimmer sind mit einem Fernseher ausgestattet.

5. Alle Zimmer haben einen Telefonanschluss. Auf Wunsch kann ein Telefon bereitgestellt werden.

6. Zur Gewährleistung der Sicherheit von allen Bewohnern muss jeder seinen Beitrag leisten, um sämtliche Brand- oder Unfallrisiken zu vermeiden. Aus diesem Grund **ist es strengstens untersagt, in den Zimmern und in den Fluren der verschiedenen Wohneinheiten zu rauchen und Kerzen sowie sonstiges entflammables Material anzuzünden.** Im Erdgeschoss des Hospice de Hamm und im Untergeschoss des Hospice de Pfaffenthal wurde für die Bewohner ein Raucherbereich eingerichtet.

III. Die Unterkunftspreise

Der Unterkunftspreis wird vom Verwaltungsrat der Hospices Civils de la Ville de Luxembourg festgelegt und richtet sich nach der Fläche oder dem Typ des Zimmers (siehe Art. 4 des Heimvertrags). Er unterliegt dem Verbraucherpreisindex.



IV. Die medizinischen Leistungen

Im Hospice gibt es mehrere zugelassene Ärzte (médecins agréés), die rund um die Uhr für medizinische Angelegenheiten ihrer Patienten verfügbar sind und die Bewohner einmal in der Woche besuchen. Der Bewohner kann gegebenenfalls bei seinem eigenen behandelnden Arzt bleiben, sofern er mit ihm die Frage der Verfügbarkeit rund um die Uhr geklärt hat.

Den Familien wird empfohlen, nicht in die medizinischen Behandlungen einzugreifen und selbst keine Medikamente für ihren Verwandten mitzubringen.

Die Bewohner erhalten ihre Medikamente von einer Apotheke auf individuelles ärztliches Rezept. Der Anteil, der von der Caisse nationale de santé (CNS - Nationale Krankenkasse) nicht übernommen wird, wird mit der monatlichen Rechnung fakturiert.

V. Die Mahlzeiten

1. Die Mahlzeiten sind ein wichtiger Moment im täglichen Leben unserer Bewohner. Es wird größten Wert auf die Qualität der Produkte, die Zubereitung der Mahlzeiten und die Vielfalt der Speisen gelegt.

2. Pro Tag werden drei Mahlzeiten serviert. Bei Bedarf wird ein zusätzlicher Imbiss angeboten. Auf Anraten des behandelnden Arztes werden Diätmahlzeiten oder Mahlzeiten in spezieller Konsistenz serviert. Das Mitbringen von alkoholischen Getränken in den Speisesaal ist verboten.

3. Die Öffnungszeiten des Restaurants sind wie folgt:

Hospice de Hamm: von 11:45 bis 13:15 Uhr und von 18:00 bis 19:00 Uhr

Hospice de Pfaffenthal: von 11:45 bis 13:15 Uhr und von 17:30 bis 19:00 Uhr

4. Der Bewohner kann Besucher ins Restaurant mitnehmen. Anmeldungen und Reservierungen erfolgen zwei (2) Tage im Voraus an der Rezeption. Die Mahlzeiten werden dem/den Besucher(n) direkt in Rechnung gestellt und an der Rezeption bezahlt oder können mit Zustimmung des Bewohners dessen Monatsrechnung hinzugefügt werden.

5. Familienmahlzeiten (z. B. Geburtstage) sind grundsätzlich möglich, sofern dies mit dem Küchenchef abgesprochen wird. Die Menügestaltung und die Preise werden vorab gemeinsam vereinbart.

6. Den Bewohnern und ihren Angehörigen steht eine Cafeteria zur Verfügung. Die Öffnungszeiten lauten wie folgt:

Hospice de Hamm: von 14:15 bis 17:45 Uhr

Hospice de Pfaffenthal: von 14:00 bis 17:30 Uhr

VI. Umgang mit dem Personal

1. In den Hospices Civils steht den Bewohnern rund um die Uhr qualifiziertes Pflegepersonal zur Verfügung.

2. Jeder Mitarbeiter hat genau festgelegte Aufgaben und verhält sich freundlich und hilfsbereit gegenüber den Bewohnern. Der Bewohner wird jedoch gebeten, dem Personal keine Aufgaben aufzutragen, die über den normalen Rahmen hinausgehen.



3. Um Missverständnisse zu vermeiden und dem Teamgeist nicht zu schaden, ist es dem Personal untersagt, ein persönliches Trinkgeld anzunehmen.

4. Aus ethischen Gründen ist jede – direkte oder indirekte – private finanzielle Beziehung zwischen Mitarbeitern und einem Bewohner streng untersagt. Es ist dem Personal auch formell untersagt, persönliche Gegenstände von Bewohnern anzunehmen (z. B. Möbel, Kleidung, Gemälde). Verstöße gegen diesen Artikel werden als schweres Verschulden des Beschäftigten betrachtet und entsprechend bestraft.

5. Um ein entspanntes und positives Klima zu gewährleisten, wird der Bewohner gebeten, sich freundlich gegenüber dem Personal zu verhalten. Jede Form von (verbaler und/oder körperlicher) Aggressivität wird der Direktion gemeldet und es findet ein Gespräch mit dem Bewohner statt. Gegebenenfalls wird der Heimvertrag aufgelöst.

VII. Leben in der Gemeinschaft und Umgang mit den anderen Bewohnern

1. Jeder Bewohner verdient es, unabhängig von sozialem Status, Rasse und politischen oder religiösen Überzeugungen respektiert zu werden. Jeder Bewohner wird gebeten, zu einer angenehmen Atmosphäre im Umgang mit den anderen Bewohnern beizutragen, und legt während seines gesamten Aufenthalts ein angemessenes Verhalten an den Tag.

2. Um eine angenehme Atmosphäre zu gewährleisten, werden Bewohner und Besucher gebeten, während der Mittagsschlafzeiten (zwischen 13:00 und 15:00 Uhr) und Schlafzeiten (zwischen 22:00 und 07:00 Uhr) jeglichen Lärm zu vermeiden. Die Verwendung von Musikinstrumenten, Radio, Fernsehen oder anderen Tongeräten erfolgt so, dass andere Bewohner nicht belästigt werden.

3. Der Bewohner verpflichtet sich, in den Gemeinschaftsräumen und im Restaurant angemessene Kleidung zu tragen.

VIII. Persönliche Wäsche des Bewohners

1. Der Bewohner hat die Wahl, seine Wäsche von einem Subunternehmer der Hospices (siehe Preisliste) oder von seiner Familie waschen zu lassen. Wir bitten den neuen Bewohner in beiden Fällen, ausreichend Kleidung und Wäsche mitzubringen und dafür zu sorgen, dass diese regelmäßig gewechselt wird.

2. Falls sich die Familie um die Wäsche kümmert, hat sie das Personal darüber zu informieren und die Wäsche regelmäßig abzuholen, um den Hygienevorschriften zu entsprechen.

3. Entscheidet sich der Bewohner, seine Wäsche von einem externen Dienstleister waschen zu lassen, beantragt er dies an der Rezeption durch Unterzeichnung eines Formulars.

4. Die Einrichtung lehnt jegliche Haftung für Verlust, Abnutzung oder Beschädigung der Wäsche der Bewohner ab.



IX. Nützliche Informationen

Neben der **Willkommensbroschüre** erhalten Sie in einer **Infobroschüre** und auf unserer **Website** Informationen über die Geschichte, die Philosophie, den Tagesablauf und die angebotenen Serviceleistungen für die Bewohner der Hospices Civils de la Ville de Luxembourg.

Jeder Vorfall, der einen Bewohner oder Eigentum betrifft, muss dem Personal oder dem Abteilungsleiter gemeldet werden, damit geeignete Maßnahmen ergriffen werden können.

Die Nichteinhaltung dieser Heimordnung kann zur Kündigung des Heimvertrags führen.



ANHANG 3 – RECHT AM EIGENEN BILD
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft im shiAbsFenster

oder

meine Vertrauensperson

Name, Vorname : _____

mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname : _____

gestatte den HCVL Fotos von mir zu machen oder mich einzeln und/oder in Gruppen zu filmen

Fotos oder Videos von mir zu veröffentlichen

zu den folgenden Zwecken:

- In der Verwaltungsakte verwahrter Streckbrief mit Passfoto für als vermisst gemeldete Personen und eine Kopie davon in der Pflegeakte für ggf. erforderliche Polizeidienste
- HCVL-Broschüre (nicht zielgerichtete Fotos, die einen Gesamteindruck vermitteln)
- HCVL-Website (nicht zielgerichtete Fotos, die einen Gesamteindruck vermitteln)
- Fotos und Videos zur Veranschaulichung der Aktivitäten der Wohneinheiten und der Veranstaltungen in den HCVL oder als Orientierungshilfe in der Wohneinheit

Die vorliegende Erlaubnis ist persönlich und nicht übertragbar und gilt nur für die eindeutig angekreuzten Zwecke.

Als für die Verarbeitung Verantwortlicher haben mich die HCVL darüber informiert, dass ich jederzeit ein Auskunfts- und Widerspruchsrecht habe und meine Einwilligung widerrufen kann.



Luxemburg, den 28/08/2024

Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und erkläre, dass ich sie verstehe und akzeptiere.

Bewohner / Gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter / Vertrauensperson

Unterschrift : _____



**ANHANG 4 – VON DEN HCVL ORGANISIERTE AUSFLÜGE UND EXKURSIONEN
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft im shiAbsFenster

oder

meine Vertrauensperson

Name, Vorname : _____

mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname : _____

bin/ist damit einverstanden, an den von den HCVL organisierten Ausflügen und Exkursionen im Rahmen der Aktivitäten zur Förderung der Unabhängigkeit und der Begleitaktivitäten der Pflegeversicherung sowie der soziokulturellen Aktivitäten der gerontologischen Betreuung teilzunehmen.

Die HCVL haben mich darüber informiert, dass ich jederzeit ein Auskunfts- und Widerspruchsrecht habe und meine Einwilligung widerrufen kann.

Luxemburg, den 28/08/2024

Ich habe diese Informationen zur Kenntnis genommen und erkläre, dass ich sie verstehe und akzeptiere.

Bewohner / Gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigter / Vertrauensperson

Unterschrift : _____



ANHANG 5 – PCR-TESTS UND DBS-BLUTTESTS
EINWILLIGUNGSFORMULAR

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft im shiAbsFenster

oder

meine Vertrauensperson

Name, Vorname: _____

mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname: _____

stimme der Durchführung von PCR-Tests zum Nachweis von COVID-19 sowie von DBS-Bluttests (zur Bestimmung von Anti-SARS-CoV-2-Antikörpern) zu

lehne die Durchführung von PCR-Tests zum Nachweis von COVID-19 sowie von DBS-Bluttests (zur Bestimmung von Anti-SARS-CoV-2-Antikörpern) ab

Die HCVL haben mich informiert, dass ich jederzeit über ein Auskunfts- und Widerspruchsrecht verfüge und meine Einwilligung widerrufen kann.

Luxemburg, den 28/08/2024

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und erkläre, dass ich sie verstehe und annehme.

Der/die Unterzeichnete/die Vertrauensperson/der gesetzliche Vertreter

Unterschrift : _____



ANHANG 6 – IMPFUNG SARS-COV-2
EINWILLIGUNGSFORMULAR

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft im shiAbsFenster

oder

meine Vertrauensperson

Name, Vorname: _____

mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname: _____

stimme der Impfung gegen SARS-CoV-2 (Grundimmunisierung) zu

stimme jeglicher Auffrischungsdosis des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2
(Booster) zu

lehne die Impfung gegen SARS-CoV-2 (Grundimmunisierung) ab

lehne jegliche Auffrischungsdosis des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2
(Booster) ab

Die HCVL haben mich informiert, dass ich jederzeit über ein Auskunfts- und Widerspruchsrecht verfüge und meine Einwilligung widerrufen kann.

Luxemburg, den 28/08/2024

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und erkläre, dass ich sie verstehe und annehme.

Der/die Unterzeichnete/die Vertrauensperson/der gesetzliche Vertreter

Unterschrift : _____



ANHANG 7 – GRIPPEIMPFUNG
EINWILLIGUNGSFORMULAR

Ich, der/die Unterzeichnete

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft im shiAbsFenster

oder

meine Vertrauensperson

Name, Vorname: _____

mein gesetzlicher Vertreter

Name, Vorname: _____

stimme der regelmäßigen Impfung gegen die saisonale Grippe zu

lehne die Impfung gegen die saisonale Grippe ab

Die HCVL haben mich informiert, dass ich jederzeit über ein Auskunfts- und Widerspruchsrecht verfüge und meine Einwilligung widerrufen kann.

Luxemburg, den 28/08/2024

Ich habe diese Information zur Kenntnis genommen und erkläre, dass ich sie verstehe und annehme.

Der/die Unterzeichnete/die Vertrauensperson/der gesetzliche Vertreter

Unterschrift : _____



ANNEXE 8 – VERTRAUENSPERSON

(Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten)

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft in shiAbsFenster

geboren am Geburtsdatum in GeburtsOrt

Sozialversicherungsnummer : **MatrikelNr**

benenne als Vertrauensperson

Name und Vorname : *

*

geboren am : *

*

wohnhaft in : *

*

Postleitzahl und Ort : *

*

Land : *

*

E-mail : *

*

Telefon : *

*

für den Fall, dass ich nicht in der Lage sein sollte meinen Willen mitzuteilen oder die notwendigen Informationen zu erhalten um Entscheidungen zu Gesundheitsfragen selbst treffen zu können.

Meine Vertrauensperson kann meinen Willen ausdrücken, Informationen zu meinem Gesundheitszustand erhalten, und bekommt Zugang zur Patientenakte. Die Schweigepflicht ist aufgehoben.

Diese Bestimmung gilt auch, wenn ich mich in einer Situation am Lebensende befinde und nicht mehr in der Lage bin, mich zu äußern :

ja

nein

Luxemburg, den 28/08/2024

Der/die Unterzeichnete

Unterschrift : _____



Anmerkungen :

1. Sofern ich mich nicht durch Ankreuzen des Kästchens „Nein“ entscheide, gilt die Benennung meiner Vertrauensperson auch in einer Situation am Lebensende. Wenn ich eine Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügungen und Sterbebegleitung benenne, kann diese (sofern ich nichts anderes beschließe) auch als Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten fungieren.
2. Meine Vertrauensperson muss nicht zwingend im Vorfeld ihr Einverständnis zu ihrer Benennung geben. Es empfiehlt sich jedoch, mit meiner Vertrauensperson über ihre Benennung und über meine konkreten Wünsche zu sprechen.
3. Es wird empfohlen, die Urkunde über die Benennung meiner Vertrauensperson in dreifacher Ausfertigung anzufertigen: eine Kopie, die ich behalten kann, eine Kopie, die für den behandelnden Arzt (oder einen anderen Arzt) als Anlage zur Patientenakte bestimmt ist, und eine Kopie, die für meine Vertrauensperson bestimmt ist.
4. Die Benennung kann jederzeit schriftlich mit Datum und Unterschrift widerrufen (storniert) werden. Es ist wichtig, die Personen zu informieren, die im Besitz eines Exemplars meiner ursprünglichen Benennung sind (widerrufene Vertrauensperson; behandelnder Arzt usw.).



**ANNEXE 8 BIS – VERTRAUENSPERSON
BESCHEINIGUNG ÜBER DIE ERNENNUNG**

(Artikel 12 des Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten)

Ich, der/die Unterzeichnete,

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

wohnhaft in shiAbsFenster

geboren am Geburtsdatum in GeburtsOrt

Sozialversicherungsnummer : **MatrikelNr**

benenne mündlich als Vertrauensperson

Name und Vorname : * _____
geboren am : * _____
wohnhaft in : * _____
Postleitzahl und Ort : * _____
Land : * _____
E-mail : * _____
Telefon : * _____

für den Fall, dass ich nicht in der Lage sein sollte meinen Willen mitzuteilen oder die notwendigen Informationen zu erhalten um Entscheidungen zu Gesundheitsfragen selbst treffen zu können.

Meine Vertrauensperson kann meinen Willen ausdrücken, Informationen zu meinem Gesundheitszustand erhalten, und bekommt Zugang zur Patientenakte. Die Schweigepflicht ist aufgehoben.

Diese Bestimmung gilt auch, wenn ich mich in einer Situation am Lebensende befinde und nicht mehr in der Lage bin, mich zu äußern :

ja

nein

Die beiden nachstehenden Zeugen bestätigen, dass ich trotz meiner Unfähigkeit, selbst zu schreiben und zu unterschreiben, in der Lage bin, meinen Willen zu äußern, und dass die in diesem Dokument festgehaltene Benennung der Ausdruck meines freien und informierten Willens ist.



1. Zeuge :

Name und Vorname : * _____

**Verwandtschaft/
Beziehung :** * _____

geboren am : * _____

wohnhaft in : * _____

Postleitzahl und Ort : * _____

Land : * _____

E-mail : * _____

Telefon : * _____

2. Zeuge :

Name und Vorname : * _____

**Verwandtschaft/
Beziehung :** * _____

geboren am : * _____

wohnhaft in : * _____

Postleitzahl und Ort : * _____

Land : * _____

E-mail : * _____

Telefon : * _____

Die beiden Zeugen beglaubigen, dass dieses Dokument, welches der Patient nicht selbst verfassen konnte, Ausdruck seines freien, informierten und aufgeklärten Willens ist.

Luxemburg, den 28/08/2024

Unterschrift 1: Zeuge : _____

Unterschrift 2. Zeuge : _____



Anmerkungen :

1. Es ist notwendig, im Feld „Verwandtschaft/Beziehung“ eine mögliche Verwandtschafts-, Fürsorge- oder sonstige Beziehung anzugeben.
2. Sofern ich mich nicht durch Ankreuzen des Kästchens „Nein“ entscheide, gilt die Benennung meiner Vertrauensperson auch in einer Situation am Lebensende. Wenn ich eine Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes vom 16. März 2009 über Palliativpflege, Patientenverfügungen und Sterbebegleitung benenne, kann diese (sofern ich nichts anderes beschließe) auch als Vertrauensperson im Sinne des Gesetzes vom 24. Juli 2014 über die Rechte und Pflichten des Patienten fungieren.
3. Meine Vertrauensperson muss nicht zwingend im Vorfeld ihr Einverständnis zu ihrer Benennung geben. Es empfiehlt sich jedoch, mit meiner Vertrauensperson über ihre Benennung und über meine konkreten Wünsche zu sprechen.
4. Es wird empfohlen, die Urkunde über die Benennung meiner Vertrauensperson in dreifacher Ausfertigung anzufertigen: eine Kopie, die ich behalten kann, eine Kopie, die für den behandelnden Arzt (oder einen anderen Arzt) als Anlage zur Patientenakte bestimmt ist, und eine Kopie, die für meine Vertrauensperson bestimmt ist.
5. Die Benennung kann jederzeit schriftlich mit Datum und Unterschrift widerrufen (storniert) werden. Es ist wichtig, die Personen zu informieren, die im Besitz eines Exemplars meiner ursprünglichen Benennung sind (widerrufene Vertrauensperson; behandelnder Arzt usw.).



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

SEPA
BANKEINZUGS-
ERMÄCHTIGUNG

PersonenNr

shiAdrEmpf5

MANDAT FÜR EINE SEPA-BANKEINZUGSERMÄCHTIGUNG

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigen Sie (A) die Hospices Civils de la Ville de Luxembourg Zahlungen von Ihrem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und weisen zugleich (B) Ihre Bank an, die von den Hospices Civils auf Ihr Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Sie verfügen über ein Recht auf Rückerstattung durch Ihre Bank gemäß den Bedingungen, die in der mit ihr getroffenen Vereinbarung aufgeführt sind. Der Antrag auf Rückerstattung muss innerhalb von 8 Wochen nach dem Belastungsdatum Ihres Kontos eingereicht werden.

Bitte füllen Sie die mit * gekennzeichneten Felder aus.

Name und Vorname :	*	_____
Adresse :	*	_____
Postleitzahl und Ort :	*	_____
Land :	*	_____
IBAN-Nummer :	*	_____
BIC-Code :	*	LULL
Name des Zahlungsempfängers :		Les Hospices Civils de la Ville de Luxembourg
Identifikationsnummer des Zahlungsempfängers:		LU64 ZZZ 000 000 000 8398 003 002
Adresse :		2, rue Englebert Neveu
Postleitzahl und Ort :		L-2224 Luxembourg
Land :		Luxembourg
Zahlungsart :		Regelmäßige / wiederkehrende Zahlung
Unterzeichnet in :	*	Luxemburg
Datum :	*	28/08/2024
Unterschrift :	*	_____

Anmerkung: Ihre Rechte in Bezug auf die obenstehende Lastschrift sind in einem Dokument erklärt, das Sie bei Ihrer Bank beantragen können.



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

BETREUUNGS- UND PFLEGEVERTRAG

PersonenNr

shiAdrEmpf5

BETREUUNGS- UND PFLEGEVERTRAG

Zwischen den Unterzeichneten:

L'shiAbsFenster

vertreten durch Frau **Patricia HELBACH**, Direktor

und

Anrede Vorname **Name GeburtsName**

geboren am **Geburtsdatum** in **GeburtsOrt**

Sozialversicherungsnummer : **MatrikelNr**

wohnhaft in 2, rue Englebert Neveu L-2224 Luxembourg

wird folgender Vertrag geschlossen :

- Art.1. Der vorliegende Vertrag wird auf Grundlage von Artikel 392 des Sozialversicherungsgesetzbuchs geschlossen.
- Art.2. Die pflegebedürftige Person wird vom Personal der Einrichtung betreut und gepflegt.
- Art.3. Der individuelle Betreuungs- und Pflegeplan ist Bestandteil des vorliegenden Vertrags.
- Art.4. Die Erfüllung des Pflege- und Betreuungsvertrags wird ausgesetzt, wenn die pflegebedürftige Person in ein Krankenhaus oder in eine Einrichtung, deren Kosten die Krankenversicherung oder die Unfallversicherung übernimmt, eingewiesen wird oder bei vorübergehender Abwesenheit der pflegebedürftigen Person aus persönlichen Gründen, während der sie vorübergehend auf Betreuung und Pflege verzichtet.



- Art.5. Die Aussetzung ist entweder ab dem Tag nach der Aufnahme der pflegebedürftigen Person im Krankenhaus oder der im vorstehenden Artikel genannten Einrichtung oder am Tag nach dem Verlassen der pflegebedürftigen Person aus persönlichen Gründen wirksam. Die Aussetzung endet am Tag der Wiederaufnahme der pflegebedürftigen Person in der Einrichtung.
- Art.6. Der Pflege- und Betreuungsvertrag wird im Fall einer Entscheidung über die Aufstockung der Betreuungs- und Pflegeleistungen angepasst. Diese Entscheidung wird am ersten Tag der Woche der Einreichung des Anpassungsantrags wirksam. Die Änderung des Pflege- und Betreuungsvertrags tritt am selben Tag in Kraft.
- Art.7. Der Pflege- und Betreuungsvertrag wird im Fall einer Entscheidung über die Herabsetzung der Betreuungs- und Pflegeleistungen angepasst. Diese Entscheidung tritt am ersten Tag der Woche, die unmittelbar auf diejenige folgt, in welcher der pflegebedürftigen Person die Entscheidung mitgeteilt wurde, in Kraft. Die Änderung des Pflege- und Betreuungsvertrags tritt am selben Tag in Kraft.
- Art.8. Der Pflege- und Betreuungsvertrag endet automatisch am Tag des Versterbens der pflegebedürftigen Person oder an dem Tag, an dem die pflegebedürftige Person die Einrichtung im Hinblick auf eine anderweitige Unterbringung verlässt.
- Art.9. Im Fall einer Entscheidung über den Wegfall der Betreuungs- und Pflegeleistungen endet der Pflege- und Betreuungsvertrag am ersten Tag der Woche, die unmittelbar auf diejenige folgt, in welcher der pflegebedürftigen Person die Entscheidung mitgeteilt wurde. Eine Kopie der Entscheidung über den Wegfall der Pflegeleistungen wird der Einrichtung von der CNS mit einfachem Schreiben übermittelt.
- Art.10. Die Kündigung des Pflege- und Betreuungsvertrags durch die pflegebedürftige Person oder durch die Einrichtung erfolgt schriftlich mit einer Kündigungsfrist von einem Monat. Die Einrichtung kann den Vertrag nur kündigen, wenn es ihr nicht möglich ist, dessen Zweck zu erfüllen und nachdem sie die *Cellule d'évaluation et d'orientation* darüber informiert hat.
- Art.11. Der vorliegende Vertrag wird für unbegrenzte Zeit geschlossen und tritt am ● in Kraft.

Erstellt in Luxemburg, den 28/08/2024

In zweifacher Ausfertigung, wobei die eine für die Einrichtung und die andere für die pflegebedürftige Person bestimmt ist.

Unterschriften :

résident / représentant légal /
mandataire / personne de
confiance

prestataire



HOSPICE DE HAMM

2, rue Englebert Neveu • L-2224 Luxembourg
Tél: 43 60 86-1 • Fax: 43 60 86-2094

HOSPICE DE PFAFFENTHAL

71, rue Mohrfels • L-2158 Luxembourg
Tél: 47 76 76-6 • Fax: 47 76 76-4202

E-mail: secretariat@hcvl.lu
www.hcvl.lu

ÜBERGABEPROTOKOLL

BEI EINZUG/AUSZUG

PersonenNr

shiAdrEmpf5

ÜBERGABEPROTOKOLL

Zimmer	Einzugsdatum
Wohneinheit	Einzug

Zustand des Zimmers

Boden	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Mauern	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Tür	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Fenster	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	

Zustand der sonstigen Ausstattungen

Kochnische	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Kühlschrank	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Medizinisches Bett	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Tisch	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Stuhl	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Hochlehner	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Vorhänge	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Badezimmer-schrank	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare:	



TV	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Telefon	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Balkontisch	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	
Balkonstuhl	<input type="checkbox"/>	gut	<input type="checkbox"/>	Normale Abnutzung	<input type="checkbox"/>	Kommentare :	

Weitere Anmerkungen		
----------------------------	--	--

Erstellt in Luxemburg, den 28/08/2024

In zweifacher Ausfertigung, wobei die eine für die Einrichtung und die andere für die pflegebedürftige Person bestimmt ist.

Unterschriften :

Bewohner / Gesetzlicher
Vertreter / Bevollmächtigter /
Vertrauensperson

Dienstleister