

Palatia Seniorenpflege GmbH
St. Benedikt Seniorenpflegeheim

Fleurystr. 24-26
92224 Amberg
Telefon 0 96 21 / 76 93-0
Telefax 0 96 21 / 76 93-555
E-Mail: benedikt@fuehrergruppe.de

*Mitten in Amberg –
mitten im Leben*

Unsere Motivation:

Es ist unser erklärter Wunsch, für Senioren ein angenehmes Zuhause zu schaffen.

Unser Pflegeleitbild:

Unsere Aufgabe ist es, alten und pflegebedürftigen Menschen eine weitgehend selbstbestimmte Lebensführung und Teilnahme am täglichen gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen.

Darunter verstehen wir:

- Die Würde aller Bewohner zu achten
- Die Berücksichtigung und Respektierung der individuellen Bedürfnisse und der Biografie
- Die Erhaltung und Förderung der vorhandenen Fähigkeiten durch Betreuung und Pflege
- Die Einbeziehung von Bewohnern, Angehörigen und Betreuern in die pflegerische Planung
- Kontakte zu Angehörigen und Betreuern pflegen
- Menschen in der letzten Phase des Lebens nicht allein zu lassen

Unser Angebot:

- Dauerpflege
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- Wohnen in modernen Einzel- und Doppelapartments mit eigenem Badezimmer
- Zusätzliche eigene Möblierung möglich
- Telefon- und Kabelfernsehanschluss
- Großzügige Aufenthalts- und Gemeinschaftsräume
- Großer Garten und großer Innenhof mit Parkplätzen
- Hauseigene Küche (Menüwahl)
- Nachmittagskaffee / Getränkeservice
- Wäschepflege, Reinigungsservice
- Vermittlung von med. Fußpflege, Krankengymnastik, usw.
- regelmäßig Friseurin im Haus
- Apothekenservice
- Gottesdienste und kulturelle Veranstaltungen
- Vielseitige Betreuungsangebote durch hauseigenen Sozialdienst
- kostenloses WLAN im gesamten Haus



www.benedikt-seniorenpflegeheim.de



Das St. Benedikt Seniorenpflegeheim liegt Mitten in Amberg in der Fleurystraße.

In dieser Straße befinden sich ein Bäcker, ein Obstgeschäft, ein Friseur, ein Kosmetikstudio, eine Apotheke und mehrere Ärzte.

Auch die Fußgängerzone mit vielen Geschäften und Restaurants ist in unmittelbarer Nähe und die schönen angrenzenden Parks laden zu Spaziergängen ein.

Im Seniorenheim sorgt ein vielfältiges Beschäftigungsangebot für Abwechslung.

Unser Beschäftigungsangebot

- Tägliche Beschäftigungsangebote auf allen Wohnbereichen
- Wöchentliche Gymnastik und Singkreise
- Regelmäßiges Gedächtnistraining
- Mehrere Ausflüge im Jahr
- Wöchentlicher Gottesdienst
- Und natürlich regelmäßige saisonale Feste, wie z.B. Sommerfest, Weinfest, Konzerte



Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage
www.benedikt-seniorenpflegeheim.de



SENIORENPFLEGEHEIM ST. BENEDIKT

VERBINDLICHE ANMELDUNG

Name: _____

ggf. Geburtsname: _____

Vorname: _____

Pflegegrad Schnelleinstufung 1 2 3 4 5

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Telefon: _____

Wie ist Ihr Familienstand:

verheiratet ledig verwitwet geschieden

Welcher Glaubensgemeinschaft gehören Sie an?

katholisch evangelisch _____ Ohne

Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?

deutsch _____

Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name: _____ Name: _____

Vorname: _____ Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht

Bitte Kopie mitbringen.

Straße: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Telefon: _____

Mobiltelefon: _____ Mobiltelefon: _____

Weitere Angehörige können Sie gerne auf einem extra Blatt angeben.

Besteht eine amtliche bestellte Betreuung? ja nein

Betreuer:

Name: _____ Vorname: _____

Ersatzbetreuer:

Name: _____ Vorname: _____

Bitte Kopie mitbringen.

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ Ort: _____

Wechsel erforderlich? Ja Nein

Neuer Hausarzt:

Name: _____ Ort: _____

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse bei Pflichtversicherung:

- AOK _____ BKK _____ DAK KKH TK

Mitglieds-Nr. Kranken-/ Pflegekasse: _____

- Zuzahlungsbefreit (Rezeptgebühr)

Bitte Kopie mitbringen.

Wenn Sie privat versichert sind:

Name der privaten Versicherung: _____

Mitglieds-Nr.: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt (nur bei Privater Versicherung)? ja nein

Name der Beihilfestelle: _____

Prozente der Beihilfe: _____ / _____

Kostenträger:

Zwingend erforderlich: Nachweis durch Kopie aller aktuellen Rentenbescheide: (Altersrente, Witwenrente, Betriebsrente, ausländische Rente)

Wer trägt die Kosten für den Eigenanteil während des Heimaufenthaltes:

- aus eigenen Mitteln des Bewohners

(Rechnungsempfänger Heimkosten-Abrechnung)

- Antrag Bezirk

- Bewilligungsbescheid der Pflegekasse

Welches Zimmer wird gewünscht?

- Einzelzimmer Rechts-/ Linkszimmer
 Doppelzimmer Durchgangszimmer

Wann möchten Sie das Zimmer beziehen?

- Aktueller Aufenthaltsort:** Zuhause Krankenhaus _____
 anders Heim
(Einzug immer am 1. des Monats möglich)

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer:

- Kurzzeitpflege in Tagen _____
 Verhinderungspflege _____
 unbefristet bzw. vollstationär

Nach Besichtigung der Einrichtung und ausführlicher Beratung melde ich mich hiermit an.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Aufzunehmender

**Alle Angaben unterliegen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)
und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**



Ärztlicher Fragebogen

(nur vom Arzt auszufüllen und aktuell)

Name: _____

Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Telefon: _____

Besteht eine Hin-/ Weglauftendenz: ja nein

Besteht eine Suchtkrankheit? ja nein
(Wenn ja, welche?)

Krankenhausaufenthalt vor der Aufnahme: ja nein

Wenn ja, bitte letzten Arztbrief beilegen

Benötigt der Patient Hilfe beim (ggf. Überleitbogen Krankenhaus beifügen)

	<i>Nein</i>	<i>Selten</i>	<i>Häufig</i>	<i>Dauernd</i>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blatt 2 zum ärztlichen Fragebogen

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist der Patient bettlägerig?	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liegt Inkontinenz vor?	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht eine körperliche Einschränkung? (Wenn ja, welcher Art – bitte genau bezeichnen)

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC, MRSA? (Bitte genau bezeichnen)

MRSA ja nein

TBC ja nein

Hepatitis ja nein

andere _____

Liegen psychische Störungen vor? (Wenn ja, welcher Art?)

Wie ist die Gemütsstimmung? (seelische Verfassung?)

Diagnosen:

Blatt 4 zum ärztlichen Fragebogen

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

- Bitte Medikamentenplan in Kopie beifügen.

Ist Diätkost erforderlich? (Wenn ja, welcher Art?)

Sind Allergien vorhanden? (Wenn ja, welche?)

Hinweise und Bemerkungen:

Diese ärztliche Bescheinigung beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Alle Angaben unterliegen der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und werden selbstverständlich vertraulich behandelt.



Sehr geehrte Bewohner, sehr geehrte Angehörige,

Da mit dem Einzug in unsere Einrichtung für Sie ein neuer Lebensabschnitt beginnt, benötigen wir einige Angaben über ihre/seine Biografie.

Die hier gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unseren Bewohnern. Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir in der Zeit des Einlebens auf unsere neuen Bewohner eingehen.

Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte in der Vergangenheit kann hilfreich sein, den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen. Dies wird umso wichtiger, je weniger der Bewohner selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Soweit dies möglich ist, wäre es schön, wenn der/die Bewohner daran beteiligt würde.

Zur Beantwortung von Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name des Bewohners: _____

Unterstützung bei der Biografie Erstellung:

Name, Vorname: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

Telefonnummer: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Biografie

Kindheit und Jugend

Name der Eltern: _____

Wann sind die Eltern verstorben? _____

Geschwister (Name, Wohnort): _____

Bestand zu Angehörigen eine besondere Beziehung? _____

Heimatort, weitere Wohnorte (evtl. mit Zeitangabe): _____

Beruf und Familie

Berufstätigkeit (evtl. Ausbildung, Art und Dauer der Tätigkeit):

Partnerschaft (verheiratet, verstorbene Partner, etc.):

Kinder (Name, Geburtstag, Wohnort, falls verstorben, wann?):

Gibt oder gab es noch weitere Bezugspersonen (Nachbarn, Freunde, etc.)?:

Persönlichkeit

Wichtige persönliche Erlebnisse (z.B. traumatische Kriegserlebnisse, Verlust wichtiger Menschen, besonderer persönlicher Erfolg, etc.): _____

Kontaktfreudigkeit (gestern und heute): _____

Welche Werte waren früher besonders wichtig, worauf hat er/sie besonderen Wert gelegt (Ordentlichkeit, Pünktlichkeit, etc.)?: _____

Religion (Beten, religiöse Feste, Gottesdienste, etc.): _____

Wahrnehmung

Gibt es Einschränkungen beim Sehen? _____

Gibt es Einschränkungen beim Hören? _____

Lieblingsmusik, -geräusche? _____

Was riecht sie/er gerne (Parfüm, Blumen, Werkstattgeruch)? _____

Ist sie/er Rechts- oder Linkshänder? _____

Welche Rolle spielt/ spielte Bewegung? _____

Neigt sie/er eher zur Distanz oder Nähe? _____

Lässt sie/er Körperberührungen eher gern oder ungern zu? _____

Beschäftigung: Womit hat sich die Bewohnerin/ der Bewohner früher gerne beschäftigt?

- Haushalt Haus- und Handarbeiten _____
 Bewegung Spazieren Radfahren Schwimmen

 Haustiere _____ Hobbys/ Vereine _____

Welche Themen waren/ sind interessant (Politik, Familie, Prominentengeschichten)?

Welche Medien waren/ sind von Bedeutung? _____

- Fernsehen Radio Kino Bücher _____

Bestand Sammelleidenschaft?

- Briefmarken Münzen Steine _____
 Gesellschaftsspiele, wenn ja welche? _____

Lebensgewohnheiten in Bezug auf die Körperpflege

Wie wurde die Körperpflege durchgeführt (waschen, baden, etc., Häufigkeit und Tageszeit)? _____

Gab es besondere Vorlieben?

- Kaltes Wasser warmes Wasser Seife keine Seife

Wurde regelmäßig Hautlotion benutzt? ja nein

Wie oft und wann hat sie/er die Zähne bzw. die Zahnprothese geputzt? _____

Schläft sie/ er nachts mit der Zahnprothese? ja nein

Wie oft hat sie/ er sich rasiert? _____

Wie werden/ wurden die Haare gepflegt? _____

Kleidung: Lieblingskleidung, Farben, Schuhe, Handtasche, Schmuck, Armbanduhr, etc.

Größe, Gewicht, Essen und Trinken

aktuelle Größe: _____

aktuelles Gewicht: _____
Lieblingsspeisen: _____
Abneigungen: _____
Lieblingsgetränke: _____
Häufigkeit und Zeitpunkt der Mahlzeiten: _____

Tischkultur: _____
War sie/er früher eher schlank oder füllig?
War in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme festzustellen? nein
Wenn ja: _____

Ruhen und Schlafen

Zu welcher Zeit geht sie/er zu Bett? _____
Welche Einschlafposition wird bevorzugt? _____
Welche Liegeposition ist nicht gewollt? _____
Gab es „Zu-Bett-Geh-Rituale“ (Musik beim Einschlafen hören, Bettdecke unter die Füße schlagen, Licht anlassen, Fenster öffnen, etc.)? _____
Wann wacht sie/er morgens auf? _____
Wird eine Ruhepause tagsüber eingelegt? Mittagsschlaf _____
Was benötigt sie/er um sich zu entspannen, bzw. zur Ruhe zu kommen? _____

Erkrankungen

Gab es schwere Erkrankungen in der Kindheit, Jugend, im Erwachsenenalter oder Alter? _____
Wie war der Umgang mit eigenen Erkrankungen oder Krankheiten anderer? _____
Bestehen oder bestanden Vorlieben Rauchen _____
Haben Sie die Bewohnerin/ den Bewohner in letzter Zeit verwirrt erlebt? _____

Begleitung im Sterbeprozess

Soll ihr Angehöriger von
 Pfarrer/ Gemeinde Hospizverein Palli Vita begleitet werden?
Sind während der Sterbebegleitung bestimmte Musik, Vorlesen von bestimmten Texten oder Aromatherapie (Gerüche wie Zitrone, Wald, Blumen, ...) gewünscht?
 ja, _____ nein

Wichtige Kontakte und Hinweise

Wir wünschen uns, dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Wenn Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen haben, wenden Sie sich bitte an die Einrichtungsleitung, die Mitarbeiter oder auch an unseren Heimbeirat.

Die verantwortlichen Ansprechpartner im Haus:

Einrichtungsleitung	09621 7693-500
Pflegedienstleitung	09621 7693-510
Wohnbereich EG	09621 7693-3001
Wohnbereich 1	09621 7693-1000
Wohnbereich 2	09621 7693-2000
Leitung Sozialer Dienst	09621 7693-400
Verwaltung	09621 7693-0
Leitung Küche	09621 7693-334
Leitung Hauswirtschaft	09621 7693-399
Haustechnik	09621 7693-301 o. -303

Unsere Bürozeiten der Verwaltung:

Montag-Donnerstag : 8:00 – 16:00 Uhr

Freitag: 8:00 – 13:00 Uhr

Der Heimbeirat:

Der Heimbeirat und Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung treffen sich regelmäßig zu Heimbeiratssitzungen. Für Wünsche und Anregungen stehen Ihnen die Einrichtungsleitung/Pflegedienstleitung sowie alle Mitarbeiter des Hauses und des Heimbeirates gerne zur Verfügung. Sie können Ihre Wünsche und Anregungen auch gerne in schriftlicher Form in den „Kummerkasten“ am Haupteingang des Heimes einwerfen.

Unsere Essenszeiten:

Der Speiseplan für jeweils eine Woche hängt auf allen Stockwerken auf den Informationstafeln aus. Außerdem erhält jeder Bewohner ein Exemplar des aktuellen Speiseplans. Spezielle Wünsche teilen Sie bitte unseren Mitarbeitern mit. Bitte teilen Sie uns auch mit, wenn Sie an einer Mahlzeit nicht teilnehmen können.

Die Mahlzeiten können Sie zu folgenden Zeiten einnehmen:

Frühstück:	von 07.30 bis 08.45 Uhr
Mittagessen:	von 12.00 bis 13.00 Uhr
Nachmittagskaffee:	von 14.30 bis 15.00 Uhr
Abendessen:	von 18.00 bis 19.00 Uhr
Spätmahlzeit:	von 21.00 bis 22.00 Uhr

An das sollten Sie vor dem Einzug denken

Wir möchten Ihnen hiermit eine kleine Gedankenstütze für die zu erledigenden Vorbereitungen Ihres Umzuges in unser Seniorenpflegeheim bieten und versuchen, Ihnen die Organisation zu erleichtern.

Wichtige Unterlagen, die vollständig ausgefüllt beim Aufnahmegespräch mitzubringen sind:

- Verbindliche Anmeldung
- PG-Bescheinigung
- § 43c Bestätigung - Prozentualer Zuschlag der Pflegekassen bei Vollstationärer Pflege (wenn vorhanden)
- Bewilligung der Kurzeit- oder Verhinderungspflege
- Vorsorgevollmacht (wenn vorhanden)
- Patientenverfügung (wenn vorhanden)
- Betreuerausweis gerichtlich (wenn vorhanden)
- Rentenbescheid (nur bei vollstationärer Aufnahme)
- Befreiungsausweis (Rezeptgebühren) (wenn vorhanden)
- Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)

Vor Einzug im Heim zu erledigen:

- Private Wäsche zur Wäschekennzeichnung **in der Wäscherei** des Seniorenpflegeheimes abgeben
- Versichertenkarte** bei den Pflegekräften abgeben
- Vorhandene **Arztbriefe** bitte bei den Pflegekräften abgeben

Erledigungen außerhalb des Heimes:

- Klärung Ihrer finanziellen Angelegenheiten:
Decken Ihre monatlichen Einkünfte die anfallenden Kosten?
Wenn dies nicht zutrifft, wenden Sie sich bitte an die
Verwaltung und dort wird ein entsprechender Antrag gestellt.
- Medizinische Betreuung:
 Klären Sie bitte, ob Ihr Hausarzt Sie nach dem Umzug in unsere
Einrichtung auch weiterhin betreuen wird, oder ob Sie einen anderen
Arzt benötigen.
- WICHTIG:** Die Ummeldung auf der Einwohnermeldestelle ist innerhalb
14 Tagen nach Einzug zu erledigen (Aushändigung Formular bei Heimvertrag)
- GEZ wegen Rundfunk- und Fernsehgebühren (Aushändigung Formular bei
Heimvertrag – Heimbewohner*innen sind von der GEZ befreit)
- Post, ggf. Nachsendeantrag stellen
- private Versicherungen überprüfen (Haftpflicht wird weiterhin benötigt)
- Krankenkasse - neue Adresse ändern lassen
- ggf. bestehenden Mietvertrag kündigen
- Geldinstitute, Telefongesellschaft, Zeitung
- Bitte halten Sie sich in den ersten Tagen für Rückfragen zum
Neuen Bewohner durch die Pflegekräfte verfügbar.

Speziell bei Kurzzeitpflege

- alle benötigten Medikamente** in Originalverpackung, mit Namen und
Geburtsdatum gekennzeichnet
- Werden **Neuverordnungen** durch den Hausarzt benötigt, müssen
diese durch die Angehörigen besorgt werden.
- ausreichend Inkontinenzmaterial** für die Dauer des Aufenthaltes
- ausreichend** Bekleidung, die Wäsche wird nicht gewaschen (Wäsche muss
durch Angehörige Zuhause gewaschen werden)

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

in der Pflegesatzverhandlung zwischen dem St. Benedikt Seniorenpflegeheim und dem Bezirk Oberpfalz (überörtlicher Kostenträger) und der Arbeitsgemeinschaft der Pflegekassenverbände in Bayern wurden zum **01.01.2025** folgende Heimkostensätze vereinbart:

Pflege-grad	Pflege-kosten	Unterkunft	Verpflegung	Investitions-kosten	Ausbildungs-umlage	Ausbildungs-zuschlag	Pflegesatz pro Tag	Pflegegeld	Eigenanteil mtl. 30,42 Tage
1	62,55 €	12,92 €	13,73 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	108,72 €	131,00 €	3.176,26 €
2	77,53 €	12,92 €	13,73 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	123,70 €	805,00 €	2.957,95 €
3	94,43 €	12,92 €	13,73 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	140,60 €	1.319,00 €	2.958,05 €
4	112,05 €	12,92 €	13,73 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	158,22 €	1.855,00 €	2.958,05 €
5	119,97 €	12,92 €	13,73 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	166,14 €	2.096,00 €	2.957,98 €
Kurzzeitpflege Pflegegrad 2 bis 5 (für die Dauer von max. 14 Tagen)									
2-5	131,74 €	14,62 €	15,53 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	181,41 €	1.854,00 €	48,58 €/tgl.
Verhinderungspflege Pflegegrad 2 bis 5 (für die Dauer von max. 12 Tagen)									
2-5	131,74 €	14,62 €	15,53 €	15,28 €	3,89 €	0,35 €	181,41 €	1.685,00 €	48,58 €/tgl.

Die Eigenanteile werden abzüglich des prozentualen Leistungszuschlages nach § 43c SGB XI berechnet.

Der **Einzelzimmerzuschlag** beträgt:

Zuschlag pro Tag

monatlich 30,42 Tage

3,29 €

100,00 €