Kurzzeitpflege: O **Vollstationäre Pflege: O**
Aufnahmedatum: **Zimmer-Nr.:** **Bereich:**

Aufnahmeformular

Datum:

Name, Vorname: _____ Geb. Name: _____
Anschrift: _____ Tel.: _____
Derzeitiger Aufenthalt: _____
Sozialer Dienst des zust. KH: _____ Tel: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____ Kinder: _____
Familienstand: _____ seit wann?: _____ Konfession: _____
Vorherige vollstationäre Heimaufenthalte: Zeitraum: _____ Monate insg.: _____

Es existiert: O Betreuung O Vollmacht O Patientenverfügung

1. Kontaktperson

O Angehörige/r: O Betreuer/in: O Bevollmächtigte/r:
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Anschrift: _____
Tel. priv.: _____ Tel. dienstl.: _____ Handy: _____
E-Mail-Adresse.: _____ Für Rechnungsversandt nutzbar? O ja O nein

2. Kontaktperson

O Angehörige/r: O Betreuer/in: O Bevollmächtigte/r:
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Tel. priv.: _____ Tel. dienstl.: _____ Handy: _____

Hausarzt: _____ Facharzt: _____
Tel.: _____ Tel.: _____

Zahnärztl. Versorgung von Dr. Jagade im Haus: O ja, ist erwünscht O nein, nicht erwünscht

Kranken-/Pflegekasse: _____ KV-Nummer: _____
Pflegegrad: _____ **Eingeschränkte Alltagskompetenz**: _____

O Befreiung von Rezeptgebühren/Transportkosten bis: _____
O Schwerbehinderung: Art der Behinderung: _____

Zimmerwunsch: O Einzelzimmer O Doppelzimmer
O Haus 1 O Haus 2 O Haus 3

Postzustellung

o Bewohner selbst o nachschicken

Anamnesedaten des Bewerbers:

Gesundheitsdaten/Diagnosen:

Anmerkungen der Angehörigen/Betreuer:

Allergien/Unverträglichkeiten:

Inkontinenz: O ja O nein Sonstiges (Katheter): _____

Diabetes: O ja O nein

Nahrungsaufnahme: Mobilität:

Hilfsmittel: O Rollstuhl O Rollator O Stock/Krücken O Brille O Hörgerät O Gebiss

Orientiertheit: ***räumlich:*** O ja O nein ***zeitlich:*** O ja O nein
persönlich: O ja O nein ***situativ:*** O ja O nein

Soziales Verhalten/Aktivitäten:

Kommunikation möglich? O ja O nein O eingeschränkt

(frühere) Interessen/ Hobbies:

(ehemaliger) Beruf:

Gewohnheiten:

Phobien/Ängste/Abneigungen:

Vermögensdaten des Bewerbers:

O **Selbstzahler** O **Sozialhilfe** O **Wohngeld**

Bitte füllen Sie den gesamten Bogen sorgfältig aus!

Datenschutzhinweise

Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen

Seniorenzentrum Schriebers Hof GmbH

Scharnhorststraße 6,

29683 Bad Fallingbostel

E-Mail: info@schriebershof.de, Telefon: 01562 9040710

Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Herr Max Schneider (DSB-TÜV)

E-Mail: mas@schriebershof.de, Telefon: 05162 9040711

1. Um Ihren Pflegewunsch und ggf. den Pflegevertrag erfüllen und bedienen zu können, müssen wir personenbezogene Daten von Ihnen aufnehmen und verarbeiten. Diese Daten können Kontaktdaten und Stammdaten sein.

Aufzunehmende und zu verarbeitende Daten sind aber auch Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapievorschläge, Nahrungs- und Pflegeanweisungen.

Gesundheitsdaten sind Daten von besonderer Kategorie i.S.d. Art. 9 Datenschutzgrund-verordnung. Die Verarbeitung ist notwendig, um eine ordnungsgemäße Behandlung zu gewährleisten.

Soweit es sich um die Verarbeitung von Gesundheitsdaten handelt, erfolgt die Verarbeitung auf Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h) DSGVO i.V.m. § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG, im Übrigen auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit b) (vertragliche oder vorvertragliche Leistungen) und ggf. c) (gesetzlich erforderliche Archivierung) DSGVO bzw. auf Grundlage Ihrer Einwilligung.

2. Wir geben Ihre persönlichen Daten nur an Dritte weiter, wenn dies erforderlich ist und es dazu eine Grundlage (gesetzlich oder vertraglich) oder Ihre Einwilligung gibt.

Eine erforderliche Weitergabe von Daten könnte z. B. die Einbindung von

Ärzten, Therapeuten oder Krankenhäusern –, Pflege- bzw. Krankenkasse –, dem medizinischen Dienst der Krankenkassen –, Apotheken -, Sanitätshäusern -, Podologen und Fußpflegern sein.

Außerdem geben wir Ihren Namen an Dienstleister weiter, die Sie selber in Anspruch nehmen möchten, wie den Friseur oder die Wäscherei.

Sofern Sie dies wünschen, erteilen wir einer oder mehreren, von Ihnen bestimmten Person(en) Auskünfte.

3. Wir löschen Ihre Daten sobald diese nicht mehr benötigt werden. Dies ist in der Regel 10 Jahre nach Abschluss der Pflege der Fall, soweit nicht weitegehende Aufbewahrungs- oder Verjährungsfristen bestehen.

4. In jedem Fall haben Sie das Recht:

gemäß Art. 15 DSGVO **Auskunft** über Ihre von uns verarbeiteten personenbezogenen Daten zu verlangen. Insbesondere können Sie Auskunft über die Verarbeitungszwecke, die Kategorie der personenbezogenen Daten, die Kategorien von Empfängern, gegenüber denen Ihre Daten offengelegt wurden oder werden, die geplante Speicherdauer, das Bestehen eines Rechts auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung oder Widerspruch, das Bestehen eines Beschwerderechts, die Herkunft ihrer Daten, sofern diese nicht bei uns erhoben wurden, sowie über das Bestehen einer automatisierten Entscheidungsfindung einschließlich Profiling und ggf. aussagekräftigen Informationen zu deren Einzelheiten verlangen;

gemäß Art. 16 DSGVO unverzüglich die **Berichtigung** unrichtiger oder Vervollständigung Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen;

gemäß Art. 17 DSGVO die **Löschung** Ihrer bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit nicht die Verarbeitung zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist;

gemäß Art. 18 DSGVO die **Einschränkung der Verarbeitung** Ihrer personenbezogenen Daten zu verlangen, soweit die Richtigkeit der Daten von Ihnen bestritten wird, die Verarbeitung unrechtmäßig ist, Sie aber deren Löschung ablehnen und wir die Daten nicht mehr benötigen, Sie jedoch diese zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder Sie gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt haben;

gemäß Art. 20 DSGVO Ihre personenbezogenen Daten, die Sie uns bereitgestellt haben, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesebaren Format zu **erhalten** oder die **Übermittlung** an einen anderen Verantwortlichen zu verlangen;

gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO Ihre einmal erteilte Einwilligung jederzeit gegenüber uns zu **widerrufen**. Dies hat zur Folge, dass wir die Datenverarbeitung, die auf dieser Einwilligung beruhte, für die Zukunft nicht mehr fortführen dürfen und

gemäß Art. 77 DSGVO sich bei einer Aufsichtsbehörde zu **beschweren**. In der Regel können Sie sich hierfür an die Aufsichtsbehörde Ihres üblichen Aufenthaltsortes oder Arbeitsplatzes oder unseres Sitzes wenden. Für Niedersachsen ist dies Frau Barbara Thiel, Landesbeauftragte für Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstraße 5, 30159 Hannover.

Sofern Ihre personenbezogenen Daten auf Grundlage von berechtigten Interessen gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. f DSGVO verarbeitet werden, haben Sie das Recht, gemäß Art. 21 DSGVO Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten einzulegen, soweit dafür Gründe vorliegen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben oder sich der Widerspruch gegen Direktwerbung richtet. Im letzteren Fall haben Sie ein generelles Widerspruchsrecht, das ohne Angabe einer besonderen Situation von uns umgesetzt wird.

Möchten Sie von Ihrem Widerrufs- oder Widerspruchsrecht Gebrauch machen, genügt eine Nachricht in beliebiger Form oder eine entsprechende E-Mail an info@schriebershof.de.

5. Wir bedienen uns geeigneter technischer und organisatorischer Sicherheitsmaßnahmen, um Ihre Daten gegen zufällige oder vorsätzliche Manipulationen, teilweisen oder vollständigen Verlust, Zerstörung oder gegen den unbefugten Zugriff Dritter zu schützen. Unsere Sicherheitsmaßnahmen werden entsprechend der technologischen Entwicklung fortlaufend verbessert.

Auftrag zu Übernahme der Medikamentenversorgung

Hiermit erteile ich des Seniorenzentrum Schriebers Hof GmbH, Scharnhorststr. 6, 29683 Bad Fallingbostel, den Auftrag, für mich für die Dauer meines Aufenthaltes die Medikamentenbeschaffung und Medikamentenverwaltung zu übernehmen.

....
(Name, Vorname des Bewohners/der Bewohnerin) (Geb. Dat.)

☐ Dauerpflege: ☐ Kurzzeitpflege vom ..... bis .....

Die Beschaffung der Medikamente erfolgt bei folgender Apotheke:

☐ Kur-Apotheke, Vogteistr. 10, 29683 Bad Fallingbostel

Mit diesen Apotheken hat unsere Einrichtung den gemäß § 12a Apothekengesetz (ApoG) vorgeschriebenen Versorgungsvertrag abgeschlossen.
Die Apotheke erstellt für die anfallenden Kosten einmal im Monat eine bewohnerbezogene Rechnung. Die Bezahlung erfolgt:

☐ über das Barbetragskonto, welches bei der Heimverwaltung geführt wird

☐ durch Überweisung mit Rechnungsstellung an

.....
(Name, Anschrift und Telefon des Rechnungsempfängers)

Ich bin bei der

....
(Krankenkasse) (Vers. Nr.)

versichert und von der Zuzahlung

☐ befreit ☐ nicht befreit.
(Befreiungskarte im Haus hinterlegen)

Die Datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu diesem Dokument finden Sie auf der Rückseite.
Dieser Auftrag kann jederzeit widerrufen werden.

....
(Ort, Datum) (Unterschrift Bew./Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r)

Datenschutzrechtliche Bestimmungen zum Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung

Die „Kur-Apotheke“ speichert alle Daten, die sich aus den eingelösten Rezepten und diesem Auftrag zur Übernahme der Medikamentenversorgung ergeben in der Apotheken-EDV und leitet diese Daten an die Rezeptabrechungsstelle (NARZ e. V.) weiter.

Die Daten können für folgende Zwecke ausgewertet werden:

1. Zur Erstellung der monatlichen Abrechnung.
2. Zur Quittierung von Eigenleistungen gegenüber der Kostenträger oder dem Finanzamt (Zuzahlungsquittung).
3. Für Rezeptrecherchen, um Rückfragen Ihrerseits, des Pflegepersonals, des Arztes oder der Krankenkasse beantworten zu können.
4. Um Sie im Falle von Rückrufaktionen umgehend informieren zu können.
5. Zur pharmazeutischen Beratung z.B.
    a. Über Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln und Unverträglichkeiten
    b. Durch Erstellung einer Medikamentenliste
    c. Durch Auswertung von Indikationsgebieten wie Diabetiker, Asthmatiker, Rheumatiker etc.
6. Zum Informationsservice zu neuen Arzneimitteln und Therapien.
7. Zur Verwaltung von Kundengruppen, wie z.B. alle Bewohner eines Pflegeheimes.

Die Daten werden in automatischer Form edv-technisch sowohl in der Apotheke als auch in Rechenzentrum zu den obengenannten Zwecken gespeichert und verarbeitet. Der oben beschriebenen Speicherung und Verwendung meiner Daten stimme ich zu. Die Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden.

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich, ...bzw.
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

..... als Betreuer / Bevollmächtigter
(Name, Vorname)

entbinde hiermit alle mich / meinen Vollmachtgeber behandelnden Ärzte und nichtärztliches Personal gegenüber den Mitarbeitern des Seniorenzentrum Schriebers Hof GmbH von der Schweigepflicht, damit der Pflegebedarf geplant und dem Gesundheits- bzw. Krankheitsbild angepasst werden kann.

Bad Fallingbostel, ...

_____
Unterschrift Bewohner / Betreuer / Bevollmächtigter

Geborgenheit im Alter
Seniorenzentrum
Schriebers Hof GmbH

Scharnhorststr. 6, 29683 Bad Fallingbostel
Tel. 0 51 62 - 90 40 710 Fax 0 51 62 - 90 40 715 info@schriebershof.de

Gültige Pflegesätze ab 01.01.2025

Gem. der Einstufung des medizinischen Dienstes der Pflegekasse erfolgt eine Differenzierung nach Teilentgelten:

	TEILENTGELTE					
Pflege-grade	Allgemeine Pflege-leistungen	Unterkunft (19,91 € tgl.) und Verpflegung (6,75 € tgl.)	Investitions-kosten	täglicher Gesamt-Pflegesatz	Monatliches Gesamt-Entgelt (bei 30,42 Tagen)	Nach Abzug der Leistungen der Pflegekassen ungedecktes monatliches Gesamt-Entgelt
Haus I - Haupthaus						
1	51,12 €	26,66 €	20,50 €	98,28 €	2.989,68 €	2.858,68 €
2	64,75 €	26,66 €	20,50 €	111,91 €	3.404,30 €	2.599,30 €
3	81,64 €	26,66 €	20,50 €	128,80 €	3.918,10 €	2.599,10 €
4	99,26 €	26,66 €	20,50 €	146,42 €	4.454,10 €	2.599,10 €
5	107,19 €	26,66 €	20,50 €	154,35 €	4.695,33 €	2.599,33 €
Haus II - Pflegewohnappartements und Haus III - Neubau, Fachwerkhaus						
1	51,12 €	26,66 €	22,00 €	99,78 €	3.035,31 €	2.904,31 €
2	64,75 €	26,66 €	22,00 €	113,41 €	3.449,93 €	2.644,93 €
3	81,64 €	26,66 €	22,00 €	130,30 €	3.963,73 €	2.644,73 €
4	99,26 €	26,66 €	22,00 €	147,92 €	4.499,73 €	2.644,73 €
5	107,19 €	26,66 €	22,00 €	155,85 €	4.740,96 €	2.644,96 €

Täglicher einrichtungseinheitlicher Eigenanteil Pflege:

Pflegegrad 1:	46,81 €
Pflegegrade 2 bis 5:	38,28 €

Monatliche Leistungen der Pflegekassen:

Pflegegrad 1:	131,00 €
Pflegegrad 2:	805,00 €
Pflegegrad 3:	1.319,00 €
Pflegegrad 4:	1.855,00 €
Pflegegrad 5:	2.096,00 €

Zum Einzug in unsere Einrichtung, sollten Sie bitte folgende Dinge mitbringen:

- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte
- Arztbericht oder letzten Krankenhausentlassungsbericht über Diagnosen
- Aktuelle Medikamentenliste und Verabreichungen
- Benötigte Medikamente, Insulin, Salben usw. (in der Original Verpackung)
- Bekleidung in ausreichender Form (Tages-, Nacht- und Unterwäsche)
- Hygienemittel
- Falls vorhanden:
  - Befreiungskarte
  - Impfausweis
  - Schwerbehindertenausweis
  - Marcumarpass
  - Diabetikerausweis
  - Allergiepass
  - Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
  - Bescheid der Pflegekasse über den aktuellen Pflegegrad
  - Richterliche Anordnungen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen (bzw. Bettgitter)
- Ungekennzeichnete und neue Wäsche bitte erst in die Waschküche zur Kennzeichnung geben, damit es nicht zu Verwechselungen kommt.
- Bitte keine Handtücher oder Bettwäsche mitbringen, diese werden von der Einrichtung gestellt.
- Biographie-Erfassungsbogen des Schriebers Hof.
- Bitte hinterlegen Sie für etwaige Verauslagungen des Hauses (z. B. Friseur, Fußpflege, Telefon etc.) ein Geldbetrag in der Verwaltung, für das von Frau Redin geführte Barbetragskonto.

Danke!

Für Fragen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Heimordnung

Die Mitarbeiter des Hauses dürfen **Ihr Zimmer** nur für Reinigungs- und Reparaturarbeiten, für die pflegerische Versorgung sowie im Einverständnis mit Ihnen selbst betreten. In Notfällen dürfen Mitarbeiter/innen Ihr Zimmer jederzeit betreten. **Ein- oder Umbauten** in den Bewohnerzimmern dürfen nur nach Absprachen mit der Verwaltung und/oder dem Hausmeister durchgeführt werden. Möchten Sie Bilder aufhängen oder Regale montieren, sprechen Sie bitte mit unserem Hausmeister.

Geben Sie **Ihren Zimmerschlüssel** nicht an Dritte weiter. Melden Sie den Verlust Ihres Schlüssels so schnell wie möglich in der Verwaltung. An den Wochenenden informieren Sie die diensthabenden Pflegekräfte.

Bewahren Sie keine verderblichen **Lebensmittel** in Ihrem Zimmer auf.

Das Halten von **Haustieren** ist nur unter Einhaltung von gesetzlichen und hygienischen Regeln möglich. Bitte halten Sie mit der Heimleitung Rücksprache. Tiere können Krankheiten übertragen. Sprechen Sie mit unserer Hygienefachkraft. Füttern sie deshalb auch keine herrenlosen Katzen oder Vögel. **Tiere** können von Besuchern gerne mit in die Einrichtung gebracht werden. Selbstverständlich müssen diese Tiere frei von ansteckenden Krankheiten sein und dürfen unsere Bewohner nicht belästigen.

Nutzen Sie für die **Müllentsorgung** ausschließlich die dafür vorgesehenen Behälter. Werfen Sie Ihren Müll auf keinen Fall in die Toilette oder aus dem Fenster.

Alle von unserer Einrichtung bereitgestellten Gegenstände sollen pfleglich behandelt werden. Belassen Sie das **Inventar** in den dafür vorgesehenen Räumen.

Das Anzünden von **Kerzen** ist aus Gründen des Brandschutzes strengstens verboten. Der Betrieb von **elektrischen Geräten**, wie Bügeleisen, Wasserkocher, Heizdecke ist nur in Absprache mit dem Hausmeister erlaubt. Mitgebrachte elektronische Geräte (Rasierer, Radio, TV-Gerät etc.) müssen zum Einzug elektronisch durch eine Elektrofachkraft geprüft sein. **Rauchen** ist gem. Nichtraucherschutzgesetz ausschließlich draußen im Freien gestattet.

Melden Sie alle **Störungen oder Schäden**, insbesondere an Wasser- oder Stromleitungen sofort dem Hausmeister oder der Verwaltung, an den Wochenenden oder nachts dem diensthabenden Personal.

Informieren Sie unsere Mitarbeiter/innen rechtzeitig über geplante oder spontane **Abwesenheiten**. Sollten Sie eine verabredete Rückkehrzeit nicht einhalten, informieren Sie die diensthabenden Mitarbeiter/innen hierüber. Informieren Sie die Mitarbeiter/innen, wenn Sie einmal nicht an den Mahlzeiten teilnehmen möchten.

Unser Haus ist jederzeit für **Besucher** offen, d.h. es gibt keine festgelegte Besuchszeit. Bitte achten Sie und Ihre Gäste auf die gemeinsamen Mahlzeiten und die Mittagsruhe. Besucher können nach rechtzeitiger Rücksprache gerne an den Mahlzeiten teilnehmen.

Festgelegte Zeiten:	ab ca. 7:45 Uhr:	Frühstück
	gegen 10.00 Uhr:	Zwischenmahlzeit
	ab ca. 11:30 Uhr:	Mittagessen
	13:00 – 14:30 Uhr:	Mittagsruhe
	ab 14:30 Uhr:	Kaffee und Kuchen
	ab 17:30 Uhr:	Abendbrot
	ab 21:00 Uhr:	wird das Haus abgeschlossen.
		Späterer Einlass? Bitte Klingeln!
	ab 22:00 Uhr:	ggf. Spätmahlzeit u. Nachtruhe

Falls Sie Anregungen oder Fragen haben, stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen des Seniorenzentrum Schriebers Hof GmbH gerne zur Verfügung.

Verwaltung:

Hanna Mroczko, Heimleitung (HL)
90407 - 22

Max Schneider, stllv. Heimleitung
90407 - 11

Ulrike Redin
90407 - 10

Pflege:

Stephanie Müller, Pflegedienstleitung (PDL)
90407 - 21

Pflegefachkraft Haus 1 (Haupthaus)
90407 - 23

Pflegefachkraft Haus 2+3 (Fachwerkhaus)
90407 - 28

Soziale Betreuung:

Natalie Mroczko, Leitung soz. Betreuung (BT)
90407 - 40

Küche:

Kerstin Rink, Küchenleitung
90407 - 45

Hauswirtschaft:

Daniela Boock, Leitung Reinigung/Wäscherei (HSW)
90407 - 49

Haustechnik:

Tobias Bremer (HT)
90407 - 48

Geborgenheit im Alter
Seniorenzentrum
Schriebers Hof GmbH

Leihgebühr für Fernseher und Telefonnutzung

Sehr geehrte(r) Interessent(in),

während des Aufenthaltes im Schriebers Hof haben Sie die Möglichkeit, in Ihrem Zimmer, einen Fernseher sowie ein Telefon zu nutzen.

Einen **Fernseher** mit internem oder externen Kabelreceiver können Sie ganz einfach bei Ihrem Einzug mitbringen und in Ihrem Zimmer, an der dafür vorgesehenen „Ecke“, anschließen. Alternativ haben Sie die Möglichkeit ein solches Gerät gegen ein geringes Entgelt bei uns auszuleihen.

Falls Sie ein **Festnetztelefon** bei uns in der Einrichtung nutzen möchten, haben Sie ebenfalls die Möglichkeit ein solches Gerät inkl. Telefonie über unseren Hausvertrag in Anspruch zu nehmen. Die Kosten hierfür von mtl. **15,- €,** werden Ihnen in Rechnung gestellt, bzw. das hinterlegte Taschengeldkonto belastet. Alternativ können Sie auch über die vorhandenen Anschlüsse selbst einen Vertrag mit dem entsprechenden Netzanbieter schließen.

Falls Sie Zugang zu unserem **Bewohner-WLAN** bekommen möchten, benötigen Sie aus der Verwaltung ein Ticket mit Zugangsdaten, mit welchen Sie sich auf Ihren Endgeräten im WLAN registrieren können. Für die Nutzung des hausinternen Internet werden mtl. Kosten in Höhe von **10,- €** fällig, welche ebenfalls über das Taschengeldkonto abgerechnet werden.

Wenn Sie sich für die Nutzung eines hauseigenen Telefons entscheiden, wird Ihr Telefonanschluss schnellstmöglich freigeschaltet. Bitte hinterlegen Sie eine Telefon-Kaution von **50,- €** bei Einzug in der Verwaltung.

Ihre Verwaltung

Ich, _____ Zimmer-Nr.: ___ möchte ab: _____

❑ Hauseigenes Fernsehgerät mit einer mtl. Nutzungsgebühr in Höhe von 7,50 € nutzen.

❑ Ich möchte über einen Telefonanschluss mit Telefon verfügen mit einer mtl. Nutzungsgebühr von 15,00 €, inkl. Telefonflatrate (aus Sicherheitsgründen sind Sonderrufnummern und internationale Telefonnummern gesperrt).

❑ Internetticket für Bewohner-WLAN mit einer mtl. Nutzungsgebühr von 10,00 €.

Bad Fallingbostel, den _____ Unterschrift: _____