

# Caritas

Nah. | Am Nächsten

**Caritas Haus Don Bosco  
Parkstraße 3  
82110 Germering**

Kontakt unter:

**Tel.: 089 3500 186-0**

**Email: [Don-Bosco@caritasmuenchen.org](mailto:Don-Bosco@caritasmuenchen.org)**



**ANKOMMEN, WOHNEN BLEIBEN  
ALLES WAS ICH BRAUCHE.  
SELBSTÄNDIGKEIT UND SICHERHEIT**







## Tagesablauf Tagespflege



Montag 04.03.24	Dienstag 05.03.24	Mittwoch 06.03.24	Donnerstag 07.03.24	Freitag 08.03.24
<b>START IN DEN TAG</b> 	<b>START IN DEN TAG</b> 	<b>START IN DEN TAG</b> 	<b>START IN DEN TAG</b> 	<b>START IN DEN TAG</b> 
8:00 Uhr <b>Begrüßung Frühstück</b> Zeitungsnachrichten lesen 	8:00 Uhr <b>Begrüßung Frühstück</b> Zeitungsnachrichten lesen 	8:00 Uhr <b>Frühstück</b> Zeitungsnachrichten lesen 	8:00 Uhr <b>Begrüßung Frühstück</b> Zeitungsnachrichten lesen 	8:00 Uhr <b>Begrüßung Frühstück</b> Zeitungsnachrichten lesen 
9:30 Uhr <b>Tanz im Sitzen</b>	9:30 Uhr <b>Lebenserinnerungen Biografie</b> spiel	9:30 Uhr <b>Kraft-Balance Training</b> 	9:30 Uhr <b>Gesellschaftsspiele am Vormittag</b> 	9:30 Uhr <b>Zeit zum Backen</b>
10:15 Uhr <b>Getränkerrunde</b>	10:15 Uhr <b>Getränkerrunde</b>	10:15 Uhr <b>Getränkerrunde</b>	10:15 Uhr <b>Getränkerrunde</b>	10:30 Uhr <b>Getränkerrunde</b>
10:30 Uhr <b>Kraft und Balance Training</b>	10:30 Uhr <b>Kreativ sein (Malen ,Basteln)</b>	10:30 Uhr <b>Gedächtnis</b> Erinnerungen wecken	12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>	12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>
12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>	12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>	12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>	12:00 Uhr <b>Mittagessen</b>	13:00Uhr <b>Mittagsruhe, Entspannung</b>
13:00 Uhr <b>Mittagsruhe Entspannung</b>	13:00 Uhr <b>Mittagsruhe, Entspannung</b>	13:00 Uhr <b>Mittagsruhe, Entspannung</b>	13:00Uhr <b>Mittagsruhe Entspannung</b>	14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>
14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>	14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>	14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>	14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>	14:00 Uhr <b>Kaffeekränzchen</b>
15:30 Uhr <b>Erinnerungen wecken</b>	15:00 Uhr <b>Spielen am Nachmittag</b>	15:00 Uhr <b>Singen+ Musizieren</b>	15:00 Uhr <b>Thematischer Nachmittagskreis</b>	15:00 <b>Natur erleben (Spaziergang)</b> 
Ab 16:15 Uhr <b>Getränkerrunde, Verabschiedung</b>	Ab 16:15 Uhr <b>Getränkerrunde, Verabschiedung</b>	Ab 16:15 Uhr <b>Getränkerrunde Verabschiedung</b>	Ab 16:15 Uhr <b>Getränkerrunde, Verabschiedung</b>	Ab 16:15 Uhr <b>Getränkerrunde, Verabschiedung</b>

Caritas Haus Don Bosco  
 Parkstraße 3  
 82110 Germering  
 Telefon (089) – 3500 186 800  
 Telefax (089) – 3500 186 899  
 Email: [don-bosco@caritasmuenchen.org](mailto:don-bosco@caritasmuenchen.org)  
<https://www.caritas-altenheim-germering.de>



**Kosten solitäreTagespflege**

**vorläufig**

**Stand: Januar 2024**

<b>Ganzer Tag</b>	<b>Pflegegrad 1</b>	<b>Pflegegrad 2</b>	<b>Pflegegrad 3</b>	<b>Pflegegrad 4</b>	<b>Pflegegrad 5</b>
Pflegekosten	64,46 €	83,66 €	91,89 €	102,88 €	118,01 €
Ausbildungsumlage	1,81 €	1,81 €	1,81 €	1,81 €	1,81 €
Unterkunft	10,40 €	10,40 €	10,40 €	10,40 €	10,40 €
Verpflegung	13,28 €	13,28 €	13,28 €	13,28 €	13,28 €
Investitionskosten	15,69 €	15,69 €	15,69 €	15,69 €	15,69 €
Summe pro Tag	105,64 €	124,84 €	133,07 €	144,06 €	159,19 €
Pflegekassenpauschale	- €	689,00 €	1.289,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €
<b>Eigenanteil pro Tag</b>	<b>105,64 €</b>	<b>39,37 €</b>	<b>39,37 €</b>	<b>39,37 €</b>	<b>39,37 €</b>

<b>Halber Tag</b>	<b>Pflegegrad 1</b>	<b>Pflegegrad 2</b>	<b>Pflegegrad 3</b>	<b>Pflegegrad 4</b>	<b>Pflegegrad 5</b>
Pflegekosten	35,51 €	44,82 €	48,82 €	54,15 €	61,49 €
Ausbildungsumlage	1,81 €	1,81 €	1,81 €	1,81 €	1,81 €
Unterkunft	6,93 €	6,93 €	6,93 €	6,93 €	6,93 €
Verpflegung	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €	9,60 €
Investitionskosten	15,69 €	15,69 €	15,69 €	15,69 €	15,69 €
Summe pro Tag	69,54 €	78,85 €	82,85 €	88,18 €	95,52 €
Pflegekassenpauschale	- €	689,00 €	1.289,00 €	1.612,00 €	1.995,00 €
<b>Eigenanteil pro Tag</b>	<b>69,54 €</b>	<b>32,22 €</b>	<b>32,22 €</b>	<b>32,22 €</b>	<b>32,22 €</b>

Fahrkosten pro km                   1,12 €  
 Fahrkostenpauschale je Anfahrt   10,00 €



## Caritas-Haus Don Bosco

Parkstraße 3, 82110 Germering  
 089 3500 186 800, Fax 089 3500 186899  
 Don-Bosco@caritasmuenchen.org

# Anmeldung

<b>Vormerken für:</b>	<input type="checkbox"/> <b>vollstationäre Pflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tagespflege</b>	<input type="checkbox"/> <b>Betreutes Wohnen*</b>
<b>Wunsch:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Wohnung* <input type="checkbox"/> beschützend*
<b>Dringlichkeit:</b>	<input type="checkbox"/> vorsorglich	<input type="checkbox"/> dringend	

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsname:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Derzeitiger Wohnsitz:</b> Straße, Hausnr:	<b>Geburtsort (freiwillige Angabe):</b>
<b>PLZ:</b>	<b>Ort:</b>
<b>Telefon:</b>	<b>eMail-Adresse:</b>
<b>Familienstand</b> (freiwillige Angabe): <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw.	<b>Konfession</b> (freiwillige Angabe):
<b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Aufenthalt/e im Pflegeheim** <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson**  Betreuer/-in  Bevollmächtigte/-r (bitte Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beilegen): Ich bin damit einverstanden, dass im Falle von Rückfragen meine Bezugsperson kontaktiert werden darf und entsprechende Auskünfte im Rahmen vorvertraglicher Informationen erteilt werden dürfen. Die folgenden Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
Telefon / Mobil / eMail:	
Bezugsverhältnis	

**An-/ Zugehörige/-r / Bezugsperson**  Betreuer/-in  Bevollmächtigte/-r (bitte Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beilegen): Ich bin damit einverstanden, dass im Falle von Rückfragen meine Bezugsperson kontaktiert werden darf und entsprechende Auskünfte im Rahmen vorvertraglicher Informationen erteilt werden dürfen. Die folgenden Angaben sind freiwillig.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr. PLZ, Ort	
Telefon / Mobil / eMail:	
Bezugsverhältnis	

**Hausarzt/ -ärztin:**  Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung meinen Hausarzt kontaktieren sowie Auskünfte und Unterlagen von meinem Hausarzt einholen darf. Hierzu entbinde ich meinen Hausarzt von seiner ärztlichen Schweigepflicht im erforderlichen Umfang.

Name, Vorname	
Straße, Hausnr., PLZ, Ort	
Telefon	

<b>Krankenkasse/Pflegekasse</b> Versicherungsnummer (freiwillig)	
<b>Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch</b>	

\*) wird nicht in jedem Caritas-Altenheim angeboten

\*\*) zur Beratung über den Zuschlag der Pflegeversicherung zum pflegebedingten Eigenanteil

Ich bin damit einverstanden, dass die Einrichtung meine Angaben zum Zwecke vorvertraglicher Informationen verarbeitet. Sollte ein Heimvertrag zustande kommen, wird dieses Blatt Bestandteil des Heimvertrages. Anderenfalls werden diese Informationen nach 5 Jahren vernichtet. Meine gegebene Einwilligung kann ich jederzeit auch teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Die Hinweise zum Datenschutz auf der Rückseite dieses Formulars habe ich gelesen und verstanden.

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

## Hinweise zum Datenschutz:

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

für Ihr Interesse an den Angeboten unserer Caritas-Einrichtung danken wir herzlich.

Im Rahmen allgemeiner Anfragen (z.B. zu unseren Leistungen, freien Kapazitäten u.ä.) verarbeiten wir die uns von Ihnen angegebenen Kontaktdaten wie Name, Adresse, Telefon oder E-Mail-Adresse zur Beantwortung Ihrer Anfrage. Wenn Sie einen Heimvertrag mit uns schließen möchten, können relevante personenbezogene Daten Name, Adresse, andere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse), Geburtsdatum, Angaben zu Geschäftsfähigkeit und Vertretungsbefugnissen, Pflegegrad und für die Aufnahme in die Einrichtung besonders relevante gesundheitliche Einschränkungen sein. Wir benötigen diese Daten insbesondere zur Prüfung, ob eine fachgerechte Versorgung in unserem Hause möglich ist. Ohne diese Daten können wir in der Regel keinen Vertrag mit Ihnen schließen. Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt auf Grundlage des § 6 Abs. 1 lit. c KDG, für die Vertragserfüllung oder zur Durchführung der auf Ihre Anfrage hin erfolgten vorvertraglichen Maßnahmen und, soweit gesundheitsbezogene Daten betroffen sind, § 11 Abs. 2 lit. h KDG zum Zwecke der Versorgung und Behandlung im Gesundheits- und Sozialbereich.

Im Rahmen der vorvertraglichen Informationen erhalten Interessenten eine Kostenübersicht der voraussichtlichen monatlichen Heimkosten sowie ein Formular zur Selbstauskunft, ob die Heimkosten aus eigenen Mitteln finanziert werden können. Sofern die Selbstauskunft beim Abschluss des Heimvertrages nicht vorliegt, wird der Sozialhilfeträger von uns informiert, damit die Kostenübernahme ab dem ersten Tag möglich ist.

### Wie lange werden meine Daten gespeichert?

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten im Grundsatz solange, wie dies für die Erhebung vorvertraglicher Informationen notwendig ist. Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufzeichnungs- und Aufbewahrungspflichten, die sich unter anderem aus den landesheimrechtlichen und rahmenvertraglichen Vorschriften nach dem SGB XI, dem Handelsgesetzbuch (HGB) und der Abgabenordnung (AO) ergeben. Die dort vorgesehenen Fristen zur Aufbewahrung betragen bis zu 10 Jahre über das Ende der Vertragsbeziehung hinaus.

### Welche Rechte haben Sie als von der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten betroffene Person nach KDG?

- Sie haben das Recht, gemäß Artikel § 17 KDG von uns Auskunft über die von uns verarbeiteten, Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen. Wir stellen Ihnen in diesem Fall eine Kopie der personenbezogenen Daten, ggf. auch in elektronischem Format, zur Verfügung. Sie haben außerdem das Recht auf die im Einzelnen in § 15,16 KDG genannten Informationen.
- Sie haben das Recht auf unverzügliche Berichtigung Sie betreffender unrichtiger und Vervollständigung unvollständiger personenbezogener Daten gemäß § 18 KDG.
- Sie haben das Recht, nach Maßgabe des § 19 KDG die unverzügliche Löschung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen. Dieses Recht auf Löschung besteht jedoch nicht uneingeschränkt. Insbesondere kann eine Löschung nicht verlangt werden, soweit für uns eine weitere Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten für die Durchführung des zwischen uns bestehenden Vertrages, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung oder zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist.
- Sie haben das Recht, nach Maßgabe des § 20 KDG die Einschränkung der Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu verlangen, wenn eine der Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 KDG gegeben ist. In diesem Falle dürfen wir diese Daten weiterhin speichern, darüber hinaus jedoch nur unter engen Voraussetzungen verarbeiten. Die Voraussetzungen und Einschränkungen des Rechts auf Löschung ergeben sich im Einzelnen aus § 20 KDG.
- Sie können nach Maßgabe des § 24 KDG verlangen, diejenigen von Ihnen bereitgestellten personenbezogenen Daten, die wir aufgrund des zwischen uns bestehenden Vertrages oder Ihrer Einwilligung im automatisierten Verfahren verarbeiten, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten. Behinderungen der Übermittlung dieser Daten durch Sie an einen anderen Verantwortlichen sind uns verboten. Sie können darüber hinaus eine direkte Übermittlung gem. § 22 KDG an einen anderen Verantwortlichen durch uns verlangen, soweit dies technisch machbar ist.

Die von Ihnen verlangten vorstehenden Mitteilungen und Maßnahmen stellen wir Ihnen nach Maßgabe des § 14 KDG unentgeltlich zur Verfügung.

- Als betroffene Person haben Sie gemäß § 48 KDG unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen die datenschutzrechtlichen Vorgaben verstößt.

Eine uns erteilte Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten können Sie jederzeit widerrufen. Bitte beachten Sie, dass der Widerruf erst für die Zukunft wirkt und die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.

### Information über das Widerspruchsrecht nach § 23 KDG

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund der Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen der verantwortlichen Stelle oder eines Dritten erfolgt, Widerspruch einzulegen.

Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Abs.:

## Caritas Altenheim Don Bosco

Parkstraße 3, 82110 Germering

Tel.: 089 3500 186-0

Fax: 089 3500 186- 899

E-Mail: don-bosco@caritasmuenchen.org

### Ärztliche Stellungnahme

für die vollstationäre Pflege, Kurzzeit-/ Verhinderungspflege, Tagespflege

Bitte den Bogen vollständig ausfüllen und zutreffendes mit "X" ankreuzen. Faxen Sie das Formular oder geben Sie es dem/ der Patient/in mit.

**Die Vorlage dieser ärztlichen Stellungnahme ist Voraussetzung für das Zustandekommen eines Vertrages. Ohne Unterschrift u. Stempel eines/r approbierten Arztes/Ärztin kann die Stellungnahme NICHT akzeptiert werden.**

<b>Name:</b>		<b>Vorname:</b>		
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Pflegegrad:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <b>beantragt am:</b>				
<b>Mobilität:</b>	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> eingeschränkt mobil	<input type="checkbox"/> immobil	
<b>Sehbeeinträchtigung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
	Hilfsmittel: _____			
<b>Hörbeeinträchtigung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
	Hilfsmittel: _____			
<b>Kommunikationsbeeinträchtigung:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
	Hilfsmittel: _____			
<b>Hilfebedarf bei/beim:</b>	<input type="checkbox"/> Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/> Toilettengang	<input type="checkbox"/> Aufstehen <input type="checkbox"/> Gehen	
	<input type="checkbox"/> An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/>		
<b>Orientierung:</b>	zeitlich	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	örtlich	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	situativ	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
	zur Person	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> nie
<b>Hinlauffähigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
<b>Harninkontinenz:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
	Hilfsmittel: _____			
<b>Stuhlinkontinenz:</b>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____			
	Hilfsmittel: _____			
<b>Allergien:</b>	_____			



Diagnosen:	
------------	--

Gestörter Tag-/Nachtrhythmus:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
-------------------------------	--

Ist der/die Patient/in frei von Krankheiten (gem. §36 IfSG)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
--	---

Impfschutz Covid19 Status	<input type="checkbox"/> Impfung Nr. _____ erhalten am _____ <input type="checkbox"/> keine Impfung erhalten <input type="checkbox"/> genesen seit _____
---------------------------	---

Medizinische Besonderheiten und sonstige ärztliche Hinweise/ Bemerkungen (z.B. Suchtproblematik):	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Anus Präter <input type="checkbox"/> Tracheostoma
---	---

Notwendigkeit der palliativen Versorgung/ Behandlung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____
---	--

Verord. Datum	Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Hdz. Arzt

Sonstige Verordnungen:	Verord. Datum	Verordnung	Hdz. Arzt

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

## Unsere Tagespflege

- hat 25 Plätze, Start 15.4.2024
- ist Unterstützung und Entlastung für pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige
- ist Wertvolle Ergänzung zum Betreuten Wohnen
- Lebensmittelpunkt bleibt die eigene Wohnung
- kann individuell an einem oder mehreren Tagen in der Woche gebucht werden

## Die Öffnungszeiten

sind von Montag bis Freitag von 8:00 bis 17:00 Uhr

Die Leistungen der Tagespflege werden in folgenden Zeitkorridoren erbracht:

- Zeitkorridor bis zu 4,5 Stunden am Tag
- Zeitkorridor von mehr als 4,5 Stunden bis zu 9 Stunden am Tag

## Der Fahrdienst

- wird angeboten über die Malteser
- max. Entfernung 15 km
- max. 8 Personen
- Kosten:

Fahrtkosten pro km 1,12 €

Fahrtkostenpauschale je Anfahrt 10,00 €

Preise, werden je nach Entfernung individuell berechnet.

## Vorübergehende Abwesenheit / Ausfall

- keine Berechnung von geplanten Abwesenheiten, wenn die vorübergehende Abwesenheit sieben Kalendertage vor dem gebuchten Tag bekannt gegeben wird
- ansonsten beträgt die Abwesenheitsvergütung 75 % der vereinbarten täglichen Pflegevergütung (Pflegekosten, Ausbildungsvergütung, Unterkunftskosten, Verpflegungskosten und für die Leistung der zusätzlichen Betreuung und Aktivierung)
- maximal für fünfzehn Tage im Kalenderjahr

## Kündigung durch den Tagesgast

- schriftlich, spätestens am 3. Werktag eines Kalendermonats zum Ablauf desselben Monats
- bei Erhöhung des Entgelts ist eine Kündigung jederzeit zu dem Zeitpunkt möglich, zu dem die Einrichtung die Erhöhung des Entgelts verlangt
- innerhalb von zwei Wochen nach Beginn des Vertragsverhältnisses

## Wie geht es weiter?

Bitte schicken Sie das Anmeldeformular + geplante Wochentage und Fahrdienst ja/nein (Hin- und Rückfahrt?) sowie die Ärztliche Stellungnahme an uns zurück.

Wir melden uns dann und vereinbaren mit Ihnen ein Beratungsgespräch, bei dem wir Ihnen auch einen Kostenvoranschlag unterbreiten. Falls gewünscht, wird ein Schnuppertag vereinbart.

### Ihre Ansprechpartner sind:

Monika Ueltzhöffer Einrichtungsleitung – 089 3500 186-0

Jadranka Zrnic Tagespflegeleitung –  
Jadranka.Zrnic@caritasmuenchen.org/ 089 3500 186-700

Florentina Wagner Pflegedienstleitung –  
Florentina.Wagner@caritasmuenchen.org/ 089 3500

Sandra Scharlach Buchhaltung –  
Sandra.Scharlach@caritasmuenchen.org/ 089 3500 186- 420