

Anmeldeunterlagen für einen Pflegeplatz in unserem Seniorenzentrum



DRK-Seniorenzentrum
Henry-Dunant-Str.2
55593 Rüdesheim

Liebe Interessenten,

wir wissen, die Not nach einem Pflegeplatz kann manchmal groß sein, dennoch können wir ohne einen vom **Hausarzt** vollständig (alternativ auch vom Krankenhaus) ausgefüllten Fragebogen und einen vollständig ausgefüllten Anmeldebogen nicht über eine nötige Heimaufnahme sprechen. Wir können keine Aussagen dazu machen, wie lange die Warteliste ist oder wann ein Platz bei uns im Seniorenzentrum frei wird.

Wir können keine Unterlagen berücksichtigen, die nicht **vollständig** ausgefüllt sind. Also bitte lesen und bearbeiten Sie die Anmeldeunterlagen genau.

Wir können Ihnen leider persönlich keine Zimmer zeigen.

Die Unterlagen können Sie uns gerne persönlich, per Post oder per Mail zukommen lassen.

Bitte sehen Sie von Nachfragen per Mail oder Telefon ab. Wir melden uns bei Ihnen.

Sollten Sie den Pflegeplatz nicht mehr benötigen, schreiben Sie uns gerne eine kurze Mail an: **info@seniorenzentrum-ruedesheim.drk.de** mit der Bitte, Sie von der Warteliste zu nehmen.

Hinweis zur Kurzzeitpflege

In unserer Einrichtung steht ein Zimmer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung. Dieses Zimmer darf ausschließlich für Kurzzeitpflege genutzt werden und kann **nicht** in eine Dauerpflege umgewandelt werden.

Sollten Sie sich nach Ablauf der Kurzzeitpflege für einen dauerhaften Aufenthalt in unserem Haus entscheiden, ist dies nur möglich, wenn ein anderes Zimmer frei ist. Wir bitten um Ihr Verständnis, dass ein Verbleib im Kurzzeitpflegezimmer darüber hinaus nicht möglich ist.

Liebe zukünftige Bewohnerin / Lieber zukünftiger Bewohner, liebe Angehörige,
im Folgenden einige wichtige Hinweise für die Aufnahme in unserem Seniorenzentrum:

Mitteilung an die Pflegekasse

Bitte teilen Sie der Pflegekasse die geplante Aufnahme in unserem Seniorenzentrum mit. Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ist die Angabe des Zeitraums notwendig. Wir werden die Beträge, welche die Pflegekasse übernimmt, direkt mit dieser abrechnen

Mitteilung an den Sozialhilfeträger

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Heimkosten über Ihr Einkommen oder Vermögen zu finanzieren, besteht die Möglichkeit, dass die ungedeckten Heimkosten vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen werden. Der Sozialhilfeträger leistet jedoch keine Hilfe für die Vergangenheit, sondern erst ab dem Zeitpunkt, ab dem er vom Hilfebedarf Kenntnis erhält.

Hausarztwechsel

Bitte klären Sie mit dem Hausarzt ab, ob dieser zur weiteren Betreuung ins Seniorenzentrum kommen kann/möchte. Sollte das nicht möglich sein, gibt es einige Hausärzte in unserer Umgebung, die Hausbesuche bei uns durchführen. Bitte fragen Sie bei diesen nach, ob eine Übernahme möglich ist. Als Anhang haben wir Ihnen eine Auswahl an Hausärzten zusammengestellt.

Zeichnen der Kleidung

Anbei haben wir Ihnen zur Orientierung eine Liste mit benötigten Kleidungsstücken zusammengestellt. Die Wäsche muss bevor sie auf den Wohnbereich gelangt, mit Vor- und Zunamen gekennzeichnet werden. Die Kennzeichnung der Wäsche ist im Heimentgeld nicht enthalten und wird Ihnen mit einem Betrag in Höhe von 0,50 Euro pro Namensschild, inklusive Einarbeitung in das jeweilige Wäschestück, in Rechnung gestellt. Die Patches können nach Zusage des Heimplatzes bestellt werden.

Die mitgebrachte Wäsche zum Patchen muss sauber und für Waschmaschinen geeignet sein. Die chemische Reinigung von Kleidungsstücken sowie deren Instandsetzung gehören nicht zum Leistungsumfang. Auch wenn Sie die Wäsche zuhause waschen möchten, empfehlen wir das Anbringen der Patches. Sollte ein Kleidungsstück doch in der Hauswäsche landen, kann es ohne Probleme zugeordnet werden.

Medikamente

Bitte bringen Sie die aktuell verordneten Medikamente, sowie einen vom Hausarzt unterschriebenen aktuellen Medikamentenplan mit zur Aufnahme. Sollte die Verlegung aus einem Krankenhaus zu uns erfolgen, lassen Sie sich bitte von den Pflegekräften die Medikamente für die nächsten 3 Tage mitgeben, da sich an der Medikation etwas verändert haben könnte. So bleibt uns die Zeit, die Medikamente beim Arzt und der Apotheke anzufordern.

Inkontinenzmaterial

Für einen Aufenthalt zur Kurzzeitpflege müssen die Inkontinenzartikel, falls benötigt, mitgebracht werden. Bei einem Vollzeitpflegeplatz benötigen wir bei Inkontinenz eine Bescheinigung des Hausarztes. Diese Bescheinigung ist Inhalt des Ärztlichen Fragebogens und vom Hausarzt auszufüllen. Liegt uns die Bescheinigung vor, wird das Inkontinenzmaterial ab dem ersten Tag des folgenden Monats von uns ausgegeben.

Haustechnik

Falls sie zum Einzug Möbel oder Geräte mitbringen möchten, kontaktieren sie bitte unsere Haustechnikabteilung.
Diese ist Mo-Fr von 08:30-16:00Uhr unter der Telefonnummer 0671-79639-1011 erreichbar.

Hilfsmittel

Falls Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator, Rollstuhl etc. vorhanden sind, geben Sie uns bitte Bescheid, ob diese ihr persönliches Eigentum oder eine Leihgabe der Krankenkasse sind.

Nachfolgend haben wir für Sie die Unterlagen, Dokumente und persönlichen Gegenstände aufgeführt, die Sie zur Aufnahme in unserem Seniorenzentrum (auch Kurzzeit- und Verhinderungspflege) benötigen.

Dokument	Erledigt	Bemerkungen
Unterzeichneter Heimvertrag		
Krankenversichertenkarte		
Rezeptgebührenbefreiung		
Behindertenausweis oder Kopie		
Personalausweis		
Geburtsurkunde/Heiratsurkunde		
Patientenverfügung oder Kopie		
Vorsorgevollmacht oder Kopie		
Betreuerausweis oder Kopie		
Ummeldebestätigung		
Mitteilung an die Pflegekasse		
Kostenübernahme der Pflegekasse		
Pflegegradnachweis der Pflegekasse		
Mitteilung an den Sozialhilfeträger		
Medikamente		
Vom Arzt unterschriebener, aktueller Medikamentenplan		
Unterzeichneter Hausarztwechsel		

Einverständniserklärung Apotheke		
Impfpass		
Wäscheetiketten bestellt		

Bitte packen sie pflegeleichte Alltagskleidung ein wie z.B. Pullover, T-Shirts, Hosen, Blusen, Röcke, Kleider und Strickjacken.

Kleidung und Pflegeartikel	Erledigt	Bemerkungen
Mind. 10 Garnituren Unterwäsche		
Mind. 4 Nachthemden/Schlafanzüge		
Mind. 10 Paar Strümpfe/Strumpfhosen		
Bademantel		
Geschlossene Hausschuhe		
Geschlossene Straßenschuhe		
Reisetasche für Krankenhausaufenthalte mit Namensschild		
Kulturbeutel für Krankenhausaufenthalte mit Namensschild		
Inkontinenzmaterial*		
Handseife		
Duschmittel		
Haarshampoo		
Zahnbürste und Zahnpasta		
Zahnputzbecher (nicht zerbrechlich)		
Prothesenbecher		
Reinigungstabletten für Prothesen		
Haftcreme		
Hautcreme		
Kamm oder Bürste		
Deodorant		
Rasierutensilien		
Evtl. Haarspray, Parfum etc...		

Handtücher, Waschlappen, Bett- und Tischwäsche werden von der Einrichtung gestellt, daher brauchen Sie diese nicht mitzubringen.

Anmeldung

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name:

Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Telefon: /

Wie ist Ihr Familienstand ?

☐ Verheiratet

☐ Ledig

☐ Verwitwet

☐ Geschieden

Konfession:

.....

Staatsangehörigkeit / Sprache:

.....

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

Name:

Name:

Vorname:

Vorname:

Art der Angehörigkeit:

Art der Angehörigkeit:

Straße:

Straße:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon: /

Telefon: /

Mobil :

Mobil :

Mail:

Mail:

Benachrichtigen bei:

☐ Krankheit ☐ Verlegung

☐ Krankheit ☐ Verlegung

☐ Todesfall ☐ Unfall/Sturz

☐ Todesfall ☐ Unfall/Sturz

☐ Am Tag ☐ In der Nacht

☐ Am Tag ☐ In der Nacht

Wer ist Ihr Hausarzt?

Falls der jetzige Hausarzt keine Hausbesuche bei uns durchführt, kontaktieren Sie bitte vor dem Einzug, einen der hier ansässigen Ärzte.

Name: PLZ, Ort:

Vorname:

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse: Bitte vollständig ausfüllen!

☐ AOK ☐ BEK ☐ DAK ☐ KKH ☐ TKK ☐

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: ☐ gebührenbefreit (Ausweiskopie)

Mitglieds-Nr. Pflegekasse: ☐ pflichtversichert

Straße: ☐ privat versichert

PLZ, Ort: ☐ zusätzlich privat versichert

Wenn Sie privat oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung:

Mitgliedsnummer:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Sind Sie beihilfeberechtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Name der Beihilfestelle:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung/Vorsorgevollmacht?

☐ Ja (Urkunde beifügen) ☐ Nein

Wenn ja:

Name: Telefon: /

Vorname: Telefax: /

Straße: PLZ, Ort:

Wirkungskreis der Betreuung/Vollmacht:

.....

Haben sie eine Patientenverfügung?

☐ Ja (Unterlagen beifügen) ☐ Nein

Kostenträger:

☐ aus eigenen Mitteln

Rechnungsempfänger:.....

☐ Bewilligungsbescheid der Pflegekasse
liegt vor (Kopie bitte beifügen)

☐ Rentenbescheid

☐ Sozialamt

..... Sachbearbeiter:

PLZ, Ort:

Wenn ja, welcher Pflegegrad? (bitte Nachweis beifügen):

☐ kein

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

☐ Leistungen aus der Pflegeversicherung
wurden abgelehnt

☐ beantragt am



Pflegebereich

☐ Einzelzimmer

☐ Doppelzimmer

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer: ☐ befristet von..... bis

☐ unbestimmt ab

Ihre frische Wäsche wird bei Einzug etikettiert.

Wie viele Wäscheetiketten benötigen Sie?

.....Stück

Bitte die Wäsche zum Etikettieren direkt in der Wäscherei

Info: 1 Wäscheetikett kostet 0,50 Euro zzgl. ges.MwSt. Wir möchten in dem Fall darauf hinweisen,
dass wir nur gekennzeichnete Wäsche hier im Hause waschen können.

Bringen Sie bei Ihrem Einzug ein Radio oder einen Fernseher mit?

- ☐ ja ☐ Fernseher (Digital) ☐ Radio
- ☐ nein

Bitte beachten Sie, dass die Geräte vor Inbetriebnahme von unseren Haustechnikern geprüft werden müssen.

Wertgegenstände

Wir möchten sie bitten, keine großen Geldbeträge oder Wertgegenstände mitzubringen, da wir bei Verlust **keine Haftung übernehmen können**. Das Haus bietet zu Ihrer Entlastung eine sog. Bargeldverwaltung an. Wir legen Ihnen gerne ein Konto an, auf das Sie regelmäßig einzahlen und von dem wir entstehende Kosten begleichen (z.B. Frisörbesuche, Pflegemittel, Apothekenrechnung, Zuzahlung für Physiotherapeuten).

Wünschen Sie ein Telefon?

Kosten ca. 15€

- ☐ ja
- ☐ nein

Wünschen Sie WLAN?

Kosten ca. 10€

- ☐ ja
- ☐ nein

Wünschen Sie Fußpflege?

- ☐ ja
- ☐ nein

Wünschen Sie Friseurtermine?

- ☐ ja
- ☐ nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Unterschrift des Aufzunehmenden / oder Betreuers

Ärztlicher Fragebogen

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name, Vorname Geburtsdatum

Pflegegrad ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

Lebt der Patient/die Patientin im selbstständigen Haushalt? ☐ja ☐nein

Benötigt der Patient/die Patientin Hilfe beim:

	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd
gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
An/auskleiden	☐	☐	☐	☐
Frisieren	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen (aus dem Bett)	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Benutzen der Toilette	☐	☐	☐	☐

Inkontinenz

☐stuhlinkontinent ☐harninkontinent ☐Stoma ☐DK/SPK

Bestehen körperliche Behinderungen? Falls ja, welcher Art?

.....
.....

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC nach §48 a Bundesseuchengesetz (bitte genau bezeichnen)

.....
.....

Orientierung

örtlich ☐ nicht bekannt ☐ zeitweise ☐ dauernd ☐ Weglaufgefahr

Wie wirkt sich die örtliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....

.....

zeitlich ☐ nicht bekannt ☐ zeitweise ☐ dauernd

Wie wirkt sich die zeitliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....

.....

persönlich ☐ nicht bekannt ☐ zeitweise ☐ dauernd

Wie wirkt sich die persönliche Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....

.....

situativ ☐ nicht bekannt ☐ zeitweise ☐ dauernd

Wie wirkt sich die situative Desorientiertheit noch aus, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....

.....

Nachtruhe

☐ schläft durch ☐ steht in manchen Nächten auf ☐ gestörter Tag/Nacht Rhythmus

☐ findet Nachts keine Ruhe

Was können wir tun, um die Nachtruhe zu unterstützen, was sollten wir zu diesem Thema noch wissen:

.....

.....

Stimmung, Soziale Besonderheiten

Falls Besonderheiten vorliegen, beschreiben Sie diese bitte, insbesondere im Hinblick auf Verhalten im Umfeld, was sollten wir für unsere Arbeit berücksichtigen:

.....

.....

Wie reagiert Ihr Patient/Ihre Patientin auf Veränderungen im Bereich der Umwelt und der Familie:

.....
.....

Besteht eine Eigengefährdung ☐nein ☐ja Falls ja, bitte näher beschreiben:

.....

Besteht eine Fremdgefährdung ☐nein ☐ja Falls ja, bitte näher beschreiben:

.....

Liegen psychische Störungen vor? Falls ja, welcher Art?

.....

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

.....

Letzte Stationäre Behandlung (falls möglich bitte den letzten Arztbrief als Kopie)

☐ Krankenhaus ☐ Gerontopsychiatrische Einrichtung ☐ Reha-Klinik

Datum und Grund:

Ständige Behandlung durch Fachärzte: (Wenn ja, durch welche?)

.....

Ist eine Betreuung beantragt? ☐ja ☐nein

Ist eine Betreuung eingerichtet? ☐ja ☐nein

Sind freiheitsentziehende Maßnahmen einschließlich der Verabreichung von Psychopharmaka notwendig? Wenn ja, welche?

.....

Besteht eine Suchterkrankung? Wenn ja, welche? Bitte auch das Rauchen von Zigaretten angeben.

.....

Ist Diät/Schonkost erforderlich? Wenn ja, welche?

.....

Behandlungspflegen (z.B. Verbände, Infusionen, Injektionen, Messung von Körperzuständen)

.....

Sind Wunden vorhanden? ☐ja ☐nein Falls ja, bitte näher bezeichnen

.....

Sind Schmerzen vorhanden? ☐ja ☐nein Falls ja, bitte näher bezeichnen seit wann der Patient/die Patientin die Schmerzen hat (sind die Schmerzen schon chronisch)

.....

Größe

Gewicht

Covid-19 Impfstatus ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

War der Patient/die Patientin an Covid-19 erkrankt? Falls ja, wann?

.....

Der Patient/die Patientin sollte auf dem Demenzbereich aufgenommen werden

☐ ja ☐ nein

Wir weisen darauf hin, dass wir keinen geschlossenen Bereich in der Einrichtung haben.

Anlagen

☐ Diagnosen

☐ aktueller Medikamentenplan

☐ sonstige Ärztliche Verordnungen

☐ Covid-19 Impfnachweise

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.
Ich werde weiterhin die ärztliche Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen übernehmen:

☐ja ☐nein Falls nein, teilen Sie dies bitte den Angehörigen/dem Betreuer bzw. der Betreuerin mit

Ort.....

Datum.....

.....
Stempel und Unterschrift des Arztes

IK-Nr.: 510 715 435

Inkontinenz-Pauschale für Bewohner in der Langzeitpflege

Antrag auf Versorgung mit Vorlagen, Windeln und Windelhosen

für Frau / Herrn _____

geboren am: _____

Die Verordnung von Inkontinenzartikeln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse kommt in Betracht, weil:

- ☐ diese im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (bei Blasen- und/oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitisbehandlung) notwendig werden.
- ☐ neben der Blasen- und/oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z.B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht, der Betroffene die Harn- und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren und sich insoweit auch nicht bemerkbar machen kann.
- ☐ nur durch den Einsatz von Inkontinenzartikeln das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann. Daraus erfolgt, dass pflegebedürftige Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzartikeln haben, wenn sie – ggf. unter Zuhilfenahme von anderen Hilfsmitteln (Mobilitätshilfen) oder von Pflegepersonen – zu einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Teilnahme am gemeinsamen Essen, am Fernsehschauen, an Vorträgen, an Gemeinschaftsveranstaltungen o.ä.) in der Lage sind.
- ☐ Der Bedarf einer erhöhten Inkontinenzpauschale ist gegeben (ablaufende Inkontinenzmaterialien).

Es ist nicht so, dass die Inkontinenzartikel ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen.

Dauer der Verordnung:

☐ 1 Jahr ☐ 1/2 Jahr ☐ bis auf weiteres ☐ sonstiger Zeitraum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Arztes

Biographie

„Das Porträt wie die Biographie haben ein ganz eigenes Interesse. Der bedeutende Mensch, den man sich ohne Umgebung nicht denken kann, tritt einzeln abgesondert heraus und stellt sich vor uns wie vor einen Spiegel.“

-Johann Wolfgang von Goethe-

Name:

Abweichende Ansprache:.....

Kosenamen:

Muttersprache:.....

Wichtige Personen/ Ereignisse in Ihrem Leben

(z.B. enger Bezug zu Kinder, Enkel, Freunde, kein Kontakt zur Familie, Krieg, Flucht, Gewalt,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Familienleben/Berufsleben/Wohnsituation

(z.B. Kinder, Ehemann, Freunde, Bekannte, Berufstätigkeit, Rente seit, Wohnort, Haus, Wohnung,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Persönlichkeit/ Interessen/Hobbys/ Freizeitverhalten

(z.B. ruhig, ausgeglichen, dominant, Ausflüge, Bücher, Zeitung, Radio, Fernseher, Sammelleidenschaft,...)

.....

.....

.....

.....

Tagesablauf/ Rituale/ Gewohnheiten

(z.B. tgl. Zeitung lesen, Spaziergang am Nachmittag, um 17:00 einen Apfel essen, ...)

.....

.....

.....

.....

Wahrnehmung/ Vorlieben/Abneigungen

(z.B. Gerüche, Nähe/Distanz zu anderen, Körperberührung, hören, sehen, Geschmack,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ess/ Trinkgewohnheiten

(z.B. Essensmenge, Lieblingsessen, abgelehntes Essen, Zeiten, Häufigkeit, Tischkultur, mundgerechte Größe,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ruhe/ Schlafgewohnheiten

(z.B. Uhrzeit, Mittagsschlaf, Schlafstörung, Licht an, Rollladen hoch, dünne Decke, flaches Kissen, Liegeposition,...)

.....

.....

.....

.....

Körperpflege/ Pflegemittel/ Kleidung

(z.B. duschen, am Becken waschen, Häufigkeit, Haare waschen, kein Wasser im Gesicht, kaltes Wasser, Rasur, Zahnpflege, Lieblingskleidung, ...)

.....

.....

.....

.....

Gibt es Situationen oder Reaktionen /Dinge über die wir Bescheid wissen sollten?

.....

.....

.....

Was wünschen Sie sich von uns?

.....

.....

.....

.....

Danke für Ihre Unterstützung 😊

Alphabetisch sortierte Liste aller Hausärzte die ins DRK-Seniorenzentrum Rüdesheim kommen

Sollte der jetzige Hausarzt bzw. Hausärztin nicht zu uns in die Einrichtung kommen, sind Sie dazu angehalten, sich selbst einen neuen Hausarzt zu suchen, bevor der Einzug in die Einrichtung ansteht!

Auf die Vollständigkeit der Liste geben wir keine Garantie. Sollten Sie noch einen Hausarzt, eine Hausärztin kennen, der Bewohner und Bewohnerinnen in unserer Einrichtung hausärztlich betreuen würde, melden Sie diese uns gerne.

Frau Dr. Behmanesh, Najiba	Telefon: 0671-481540
MVZ in Hargesheim	Telefon: 0671-92068600
Herr Dr. El-Karimy, Karim	Telefon: 0671-2014
Herr Dr. Findling, Alexej	Telefon: 06758272
Herr Dr. Görtz, Walter	Telefon: 0671-32984
Gem. Praxis Dres. Horbach, von Buch, Salem	Telefon: 0671-2040
Frau Dr. Kaisers, Gisela	Telefon: 0671-40090
Herr Dr. Kryston, Dariusz	Telefon: 0671-73066
Herr Dr. Kurz, Stefan	Telefon: 0671-921462
Herr Dr. Münch, Michael J.	Telefon: 06706-960031
Frau Dr. Schäfer, Alla	Telefon: 0671-841100
Herr Dr. Schreiner, Jakob	Telefon: 06758-8366
Frau Dr. Schumacher, Aleksandra	Telefon: 06727-5511
Herr. Dr. Tran, Nogoc Si	Telefon: 0671-839900
Herr Dr. Tukhi, Khalilulla	Telefon: 0671-8966906
Frau Dr. Margit, Umbreit-Luik	Telefon: 06707-1750