MichaelisHof
Wohnen und Pflegen

Arbeiterwohlfahrt
KV Hof Stadt und Land e.V.

Informationen über die Heimaufnahme und Kosten für Pflege- und Betreuung im MichaelisHof Wohnen und Pflegen (Stand 01.01.2024)

Sehr geehrte Interessenten unseres Hauses,

vielen Dank, dass Sie sich für unser Haus MichaelisHof Wohnen und Pflegen interessieren.

Der MichaelisHof befindet sich in der Trägerschaft des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt Hof Stadt und Land e.V. und es werden 89 Seniorinnen und Senioren gepflegt.

Wir sind bemüht, unserem Personal ein gutes Arbeitsumfeld, gerechte Löhne nach Tarif, viele Fortbildungen und eine große Mitarbeiterbeteiligung an den täglichen Arbeitsprozessen zu ermöglichen. So sichern wir eine gute Pflege und Betreuung für Sie bzw. Ihren Angehörigen.
Unser Haus verfügt über moderne Technik und ein gemütliches Ambiente, ist zentral gelegen und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Bei Interesse vereinbaren Sie bitte unter der Ruf-Nr. 09281-84022600 mit Frau Ott einen Termin, sie nimmt sich Zeit für alle Fragen und unterstützt Sie bei Ihren Anliegen.
Außerhalb der Verwaltungszeiten informieren wir Sie gerne auch unter www.awo-hof.de.

Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie vorbereitet:

- Ein Datenblatt mit persönlichen Fragen für die Aufnahme in den MichaelisHof
- Eine Aufstellung der aktuell gültigen Pflegesätze in den verschiedenen Pflegegraden (maßgeblich sind die jeweils aktuell gültigen Tarife und Preise)
- Ein lachsfarbenes Formular für die ärztliche Beurteilung Ihres Hausarztes oder des Krankenhauses
- Die Biographie-Erfassung mit freiwilligen Angaben.

Bitte senden Sie uns diese Unterlagen ausgefüllt zu oder geben Sie diese im Haus in der Verwaltung ab, wir melden uns umgehend bei Ihnen.

Wir freuen uns auf Sie!

Ihr Team des MichaelisHofs

Hinweis: Ein Anspruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen, unterzeichneten Heimvertrag.

Heimaufnahmeantrag für das Wohn-und Pflegeheim Haus Kamilla
O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0
O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Zimmernummer
wird v.d. Einricht.ausgefüllt

Bewohnernummer
wird v.d. Einricht.ausgefüllt

*freiwillige Angaben

		von	bis
O Kurzzeitpflege			
bereits beanspruchte Tage im laufenden Jahr			
O Verhinderungspflege			
O Heimaufnahme vollstationär			

(O Übernahme aus anderer Einrichtung)

Zimmerwunsch: O Doppelzimmer | O Einzelzimmer (Mehrkosten werden übernommen)

Personalien des Antragstellers (Heimbewohner)

Name	Vorname	Geburtsname	Familienstand *

Früherer Beruf *

Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Konfession *

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	Telefonnummer

Krankenversicherung

Krankenkasse	Versichert.nummer	Kassennummer	Status
			o Mitglied Status 1 o Rentner Status 5 o Fam.vers. Status 3

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	Telefonnummer

Zuzahlungsbefreiung liegt vor		O JA O NEIN	seit:
Beihilfeanspruch liegt vor		O JA O NEIN	%
Pflegegrad		seit:	
Schnelleinstufung		beantragt am:	
ohne Pflegegrad §39c		O JA O NEIN	

Heimaufnahmeantrag für das Wohn-und Pflegeheim Haus Kamilla
O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0
O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Angehörige (A)

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

wie verwandt	Rechnungsempfänger	Rechnung per E-Mail	Vorsorgevollmacht
	O JA O NEIN	O JA O NEIN	O JA O NEIN

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Angehörige (B)

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

wie verwandt	Rechnungsempfänger	Rechnung per E-Mail	Vorsorgevollmacht
	O JA O NEIN	O JA O NEIN	O JA O NEIN

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Gesetzlicher Betreuer

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

Aufenthaltsbest.	Einwillig.med. Behandl.	finanz.Angelegenh.	Behörden
O JA O NEIN	O JA O NEIN	O JA O NEIN	O JA O NEIN

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	Entg.nahme Post
		O JA O NEIN

Finanzierung der Heimkosten

über akt. Pflegesätzte u. anfallende Kosten wurde informiert O JA O NEIN

Selbstzahler	O JA O NEIN
Lastschrift erw.	O JA O NEIN
Sozialhilfeempf.	O JA O NEIN

Vereinbarung lt. Betreungsvertrag Anl.9/S.29

Beantragt: O JA O NEIN

Antragsdatum

Zuständiges Sozialamt:
Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	ggf.Sachbearbeiter

Heimaufnahmeantrag für das Wohn-und Pflegeheim Haus Kamilla
O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0
O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Hausarzt

Name | Vorname | Telefonnummer | E-Mail

Adresse

Straße/Hausnr. | PLZ/ Ort

Soll beibehalten werden

O JA O NEIN

Zahnarzt

Name | Vorname | Telefonnummer | E-Mail

Adresse

Straße/Hausnr. | PLZ/ Ort

Soll beibehalten werden

O JA O NEIN

Bestattungsinstitut

Name | Vorname | Telefonnummer

Adresse

Straße/Hausnr. | PLZ/ Ort

zust. Pfarramt/gewünschter Pfarrer

Name | Vorname | Telefonnummer

Adresse

Straße/Hausnr. | PLZ/ Ort

Heimaufnahmeantrag für das Wohn-und Pflegeheim Haus Kamilla
O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0
O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Sonstige Angaben

Inkontinenzversorgung	O JA	O NEIN	
Rezept liegt vor	O JA	O NEIN	
eig. Hilfsmittelversorger	O JA	O NEIN	
Firma/Anschrift			
Versorgung d. Einricht.erwünscht	O JA	O NEIN	
Schwerbehindertenausweis	O JA	O NEIN	
Grad		Merkzeichen	

Zusatzleistungen

			Bankeinzug d. Kosten	
Friseur übers Haus erwünscht	O JA	O NEIN	O JA	O NEIN
Fußpflege extern gewünscht	O JA	O NEIN	O JA	O NEIN
Medikamte über Michaelisapotheke	O JA	O NEIN		
Telefon vom Haus gewünscht	O JA	O NEIN	O JA	O NEIN
Eigener Fernseher wird mitgebracht	O JA	O NEIN	O JA	O NEIN

Wenn ja, muss der Fernseher mit Prüfsiegel geprüft sein! (Empfehlung Fa. Ritter)

Ort, Datum Unterschrift der Bewohner Unterschrift d. gesetzl. Betreuers

Ein Anpruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen Wohn-und Betreuungsvertrag

Das ausgefüllte Formular bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen vor Heimaufnahme abgeben.

www.awo-hof.de

MichaelisHof

Wohnen und Pflegen

AWO

Stationäre Pflege

Tägliche Kosten in €	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflege täglich	82,04	98,22	115,08	122,64
Kosten Verpflegung pro Tag	14,14	14,14	14,14	14,14
Kosten Unterkunft pro Tag	13,30	13,30	13,30	13,30
Kosten Investition im DZ pro Tag	11,90	11,90	11,90	11,90
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	2,44	2,44	2,44	2,44
Gesamtsatz pro Tag gerundet	124	140	157	164
Gesamtsatz im Monat (30,42) gerundet	3767	4259	4772	5002
minus Anteil Pflegekasse	770	1262	1775	2005
ergibt Selbstbeteiligung im Monat im DZ noch vor Abzug §43c SGB XI gerundet	2997	2997	2997	2997

Gemäß dem seit 2022 geltenden §43 c SGB XI erhalten Sie
ab dem 01.01.2024 folgende Unterstützung und demnach die beschriebenen Vergünstigungen:

Eigenanteil im Monat nach Abzug § 43c für ein Bett im DZ gerundet in €	PG2	PG3	PG4	PG5
15% Abzug bei 0-12 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2727	2727	2727	2727
30% Abzug bei 13- 24 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2457	2457	2457	2457
50% Abzug bei 25 - 36 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2097	2097	2097	2097
75% Abzug ab dem 37. Monat in einer Pflegeeinrichtung	1647	1647	1647	1647

Den Zuschlag für ein Einzelzimmer können Sie gerne telefonsich erfragen.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (unabhängig vom Pflegegrad)

Für Kurzzeitpflege bezahlt die Kasse 1774€ von der Pflegekasse. Auf dieser Basis erhalten Sie in unserem Haus 17 Tage Kurzzeitpflege.
Für Verhinderungspflege erhalten wir 1612€ von der Pflegekasse. Somit können wir 15 Tage Verhinderungspflege anbieten.

Kosten für die Kurzzeitpflege in Euro	Kosten
Pflege pro Tag	104,50
Kosten Verpflegung pro Tag	14,14
Kosten Unterkunft pro Tag	13,30
Kosten Investition im DZ pro Tag	11,90
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	2,44
Gesamtsatz pro Tag	146,28
Gesamtsatz in 17 Tagen	2486,76
minus Anteil Pflegekasse	1774,00
Eigenanteil in 17 Tagen	**712,76**
Eigenanateil am Tag gerundet	**42**

Sollten die Eigenanteile nicht aus eigenen finanziellen Mitteln bestritten werden können,
so besteht die Möglichkeit von behördlicher Unterstützung.
Kommen Sie gerne auf uns zu!

Alle Preise in €
Preise sind gerundet und können je nach Zimmertyp variieren
Stand 01.01.2024
Änderungen vorbehaltlich

MichaelisHof
Wohnen und Pflegen

Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners in unsere Einrichtung

Daten der Einrichtung:

AWO MichaelisHof Wohnen und Pflegen, Enoch- Widmann-Str. 4, 95028 Hof,

Tel.: 09281 840220, FAX: 09281 8402299

Bewohnerdaten:

Name: ..... Vorname: ..... geb.: .....

Wohnadresse: ..... Krankenkasse: .....

Größe: ..... Gewicht: ..... Pflegegrad: .....

Beurteilung der Tätigkeiten und Fähigkeiten

Tätigkeit / Fähigkeit	Selbständig möglich	Überwiegend selbständig möglich	Unselbständig
Mobilität			
Gehfähigkeit			
Treppensteigen			
Fähigkeit aus dem Bett aufzustehen			
Sitzposition halten			
Inkontinenz			
Beherrschung Stuhlgang			
Beherrschung Urinabgang			
Eigenständiger Tagesablauf:			
Essen/Trinken			
Körperpflege			
Frisieren			
An- / Auskleiden			
Lagern bei Bettruhe			
Benutzung Toilette			
Orientierung			
Zeitlich			
Örtlich			

Differenzierte Fragen zur Person

Tätigkeit / Fähigkeit	Ja	Nein
Ständig bettlägerig		
Anus praeter vorhanden		
PEG vorhanden		
Dauerkatheter oder Cystofix vorhanden		
Sauerstoffgerät vorhanden		
Nächtliche Unruhe vorhanden		
Motorische Unruhezustände		
Depression bekannt		
Aggressives Verhalten bekannt		
Wahnvorstellungen bekannt		
Gefährliche Eigenschaften bekannt		
Suchtkrankheit bestehend		
Sprachstörungen motorisch vorhanden		
Sprachstörungen sensorisch vorhanden		
Sehvermögen eingeschränkt		
Brille / Kontaktlinsen vorhanden		
Blindheit bestehend		
Hörvermögen eingeschränkt		
Hörgerät vorhanden		
Völliger Verlust Hörfähigkeit		

Körperliche Einschränkungen näher definiert:

Geistige und seelische Einschränkungen näher definiert:

Diagnosen:

Allergien:

_____

Medikamentöse Therapie:

_____

_____

_____

Ernährung:

▫ Vollkost ▫ Schonkost ▫ Pürierte Kost ▫ PEG Sonde

Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG):

▫ Ja, der Patient ist frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.

▫ Nein, der Patient ist nicht frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.

Erreger: _____

Lokalisation des Erregers: _____

Positiv getestet zuletzt :_____

Spezielle Resistenzen oder Multiresistenzen zu dem oben genannten Erreger: _____

Sind Sanierungsmaßnahmen erforderlich? ▫ Nein ▫ Ja, _____

Die Sanierung wurde durchgeführt: ▫ mit Erfolg ▫ ohne Erfolg

Ergänzende Anmerkungen für das Pflegeheim:

_____

_____

_____

_____

Ort, Datum: ……

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin: ……

F: 15.2

Biographiebogen – Gewohnheiten des tgl. Lebens

Name:_____ **Vorname:** _____

Körperpflege:

O ich bade lieber O ich dusche lieber O nur am Waschbecken

O warmes Wasser O kaltes Wasser O gut warmes Wasser

Bevorzugte Pflegemittel (z. B. Seifen, Cremes, Duschgel, verschiedeneMarken):

_____

_____

_____

Zahnpflege: O morgens O abends O nach jeder Mahlzeit

Prothesenpflege: O mit Zahncreme O mit Brausetablette

O Prothese wird über Nacht eingelegt

O Prothese wird über Nacht im Mund belassen

Rasur: (bei Bedarf) O nass O trocken

Kleidung:

Was tragen Sie gerne?

O bequeme Kleidung O schicke Kleidung O eher wärmende Kleidung

O eher luftige Kleidung O sowohl als auch

O Stoffhosen O Jeans O Röcke

O Kleider O Jogginghosen O Jogginganzug

O Hemden O Blusen O T-Shirt

O Pullover O Socken O Strümpfe

O Strumpfhosen O BH O Unterhemd
O Unterhosen O lang O kurz

O Strickjacken O Westen O Gürtel

O Hosenträger O Sonstiges:_____

O offene Schuhe O geschlossene Schuhe O Hausschuhe

O Schmuck, welchen?_____

Ess- und Trinkgewohnheiten

Was essen Sie gerne?

O süß O sauer O herzhaft O salzig O abwechselnd

O ½ Portion / Menge: _____ O 1 Portion / Menge; _____

Lieblingsgericht: _____

Was essen Sie gar nicht gerne?

_____

_____

Was trinken Sie gerne?

O Mineralwasser O mit Kohlensäure O ohne Kohlensäure

O Säfte O Apfel O Orange

O Kirsche O Multivitamin

O Sonstige:_____

O Tee O Pfefferminze O Kamille

O Kräuter O Früchte O Grüner

O Schwarzer O Rooibos

O Sonstige:_____

O Kaffee O schwarz O mit
Milch O mit Zucker/Süßstoff O mit
Milch und Zucker/Süßstoffas trinken Sie gar nicht gerne?

_____

_____

Wie sehen Ihre Essensportionen aus?

O normale Portion O halbe Portion O ich esse sehr wenig

Wie viel trinken Sie am Tag?

O weniger als 1 Liter O mehr als 1 Liter O mehr als 2 Liter

Waren Sie früher schon schlank/mollig?

Haben Sie in der letzten Zeit an Gewicht zu-/abgenommen?

Fühlen Sie sich mit Ihrem jetzigen Gewicht wohl?

Bewegung

Wie sehen (sahen) Ihre Bewegungsgewohnheiten aus?

O täglicher Spaziergang O mehrmals in der Woche gelaufen

O in der Wohnung mobil O Gymnastik O kein Interesse an Bewegung

O ein Hilfsmittelwird benötigt O Rollstuhl O Rollator O Gehstock

O Sonstiges:_____

Schlafgewohnheiten:

Halten Sie Mittagsruhe?

O Ja, wie lange?_____ O im Bett O im Stuhl/Sessel O Nein

Haben Sie Schlafstörungen?

O Einschlafstörungen O Durchschlafstörungen O beides

Haben Sie Schlafrituale?

O warmes Getränk O Fernsehen O Musik/Radio hören

O Lieblingsgerüche (z. B. in Duftlampe): _____

_____

O Sonstiges:

_____

_____

_____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen, dass Ihnen die individuelle Pflege und Betreuung zusagt. Sollten Sie etwas Anderes wünschen, dann geben Sie uns doch bitte Bescheid.

Biographiebogen - allgemein -

Name:_____ **Vorname:** _____

1. Familie

Eltern (Name, Beruf, Geburtsdatum):

_____

_____

_____

_____

Geschwister (Name, Geburtsdatum):

_____

_____

Kinder (Name, Geburtsdatum):

_____

_____

_____

Enkel / Urenkel (Name):

_____

_____

_____

Lebenspartner (Name, Beruf, Geburtsdatum):

_____

_____

Bezugspersonen (Freunde, Bekannte, Nachbarn):

_____

_____

2. Schulischer Werdegang

Welche Schule wurde besucht? (Name, Ort; Volksschule, Realschule, Gymnasium)

_____

_____

Wurde ein Abschluss gemacht?
Wenn ja, welcher?

_____

_____

3. Beruf

Welche Lehre/n wurde/n gemacht? (Wo?, Wie lang?)

_____

_____

Welche Tätigkeit wurde zuletzt ausgeübt? (Wo?, Wie lang?)

_____

_____

4. Besondere Ereignisse

Welche Ereignisse waren für sie besonders positiv?

_____

_____

Welche Ereignisse haben sie als besonders negativ empfunden?

Haben sie geheiratet? Wenn ja, wann und wo?

Gab es Sterbefälle? Wenn ja, wer und wann?

5. Freizeitbeschäftigungen

Haben sie Hobbys oder besondere Interessen?

Waren sie Vereinsmitglied oder ehrenamtlich engagiert? (Wo?; Wie lang?)

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und hoffen, dass Ihnen die individuelle Pflege und Betreuung zusagt. Sollten Sie etwas Anderes wünschen, dann geben Sie uns doch bitte Bescheid.