



Informationen über die Heimaufnahme und Kosten für Pflege- und Betreuung im MichaelisHof Wohnen und Pflegen (Stand 01.02.2025)

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 die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

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**

Kurzzeitpflege

bereits beanspruchte Tage
im laufenden Jahr

Verhinderungspflege

Heimaufnahme vollstationär

(O Übernahme aus anderer Einrichtung)

von

bis

Zimmerwunsch:

Doppelzimmer

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 (bitte markieren)

Mitglied Status 1
 Rentner Status 5
 Fam.versich. Status 3

Straße/Hausnr. PLZ/ Ort Telefonnummer

Zuzahlungsbefreiung liegt vor

JA NEIN

seit:

Beihilfeanspruch liegt vor

JA NEIN

%

Pflegegrad

seit:

Schnelleinstufung

beantragt am:

ohne Pflegegrad §39

JA NEIN



Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

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
	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Adresse					
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		

Angehörige (B)					
Name	Vorname	Telefonnummer		E-Mail	
wie verwandt	Rechnungsempfänger		Rechnung per E-Mail		Vorsorgevollmacht
	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Adresse					
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		

Gesetzlicher Betreuer					
Name	Vorname	Telefonnummer		E-Mail	
Aufenthaltsbest.	Einwillig.med. Behandl.		finanz.Angelegenh.		Behörden
<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Adresse					Entg.nahme Post
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Finanzierung der Heimkosten					
über akt. Pflegesätze u. anfallende Kosten wurde informiert				<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Selbstzahler	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN			
Lastschrift erw.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Vereinbarung lt. Betreuungsvertrag Anl.9/S.29		
Sozialhilfeempf.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Beantragt:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
			Antragsdatum		
Zuständiges Sozialamt:					
Adresse					
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		ggf.Sachbearbeiter



Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

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	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Rezept liegt vor	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
eig. Hilfsmittelversorger	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Firma/Anschrift			
Versorgung d. Einricht.erwünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Grad		Merkzeichen	

Zusatzleistungen

			Bankeinzug d. Kosten	
Friseur übers Haus erwünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
was soll gemacht werden				
Fußpflege extern gewünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Getränke im Kiosk kaufen erlaubt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN		
Medikante über Michaelisapotheke	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN		
Telefon vom Haus gewünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Eigener Fernseher wird mitgebracht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Wenn ja, muss der Fernseher mit Prüfsiegel geprüft sein!			(Empfehlung Fa. Ritter)	

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

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

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

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:



Stationäre Pflege

Tägliche Kosten in €	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflege täglich	85,05	101,95	119,57	127,49
Kosten Verpflegung pro Tag	15,40	15,40	15,40	15,40
Kosten Unterkunft pro Tag	16,15	16,15	16,15	16,15
Kosten Investition im DZ pro Tag	14,40	14,40	14,40	14,40
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	3,89	3,89	3,89	3,89
Gesamtsatz pro Tag	134,89	151,79	169,41	177,33
Gesamtsatz im Monat (30,42)	4103,35	4617,45	5153,45	5394,38
minus Anteil Pflegekasse	805,00	1319,00	1855,00	2096,00
ergibt Selbstbeteiligung im Monat im DZ noch vor Abzug §43c SGB XI	3298,35	3298,45	3298,45	3298,38

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 in €	PG2	PG3	PG4	PG5
15% Abzug bei 0-12 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	3013	3013	3013	3013
30% Abzug bei 13- 24 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2728	2728	2728	2728
50% Abzug bei 25 - 36 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2348	2348	2348	2348
75% Abzug ab dem 37. Monat in einer Pflegeeinrichtung	1873	1873	1873	1873

Den Zuschlag für ein Einzelzimmer können Sie gerne telefonisch erfragen.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (unabhängig vom Pflegegrad)

Ab dem 01.07.2025 werden für Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege keine gesonderten Berechnungen mehr erstellt und man geht von einem Gesamtbudget von 3539€ aus. Mit diesem Budget können Sie 32 Tage die Kurzzeit- oder Verhinderungspflege nutzen.

Die Berechnung und der von Ihnen zu entrichtende Eigenanteil berechnet sich wie folgt:

Kosten für die Kurzzeitpflege in €	Kosten in €
Pflege pro Tag	106,48
Kosten Verpflegung pro Tag	15,40
Kosten Unterkunft pro Tag	16,15
Kosten Investition im DZ pro Tag	14,40
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	3,89
Gesamtsatz pro Tag	156,32
Gesamtsatz in 32 Tagen	5002,24
minus Anteil Pflegekasse	3531,84
Eigenanteil in 32 Tagen	1470,40
Eigenanteil am Tag gerundet	46

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 €

Stand 01.07.2025

Änderungen vorbehalten



Biographiebogen - allgemein -

Name: _____ Vorname: _____

1. Familie

Eltern (Name, Beruf, Geburtsdatum):

Geschwister (Name, Geburtsdatum):

Kinder (Name, Geburtsdatum):

Enkel / Urenkel (Name):

Lebenspartner (Name, Beruf, Geburtsdatum):

Überarbeitet: QMB:M.Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch.Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	1 von 3
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



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?

Überarbeitet: QMB:M. Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch. Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	2 von 3
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



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.

Überarbeitet: QMB:M. Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch. Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	3 von 3
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



Biographiebogen – Gewohnheiten des tgl. Lebens

Name: _____ Vorname: _____

Körperpflege:

- ich bade lieber ich dusche lieber nur am Waschbecken
 warmes Wasser kaltes Wasser gut warmes Wasser

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

Zahnpflege: morgens abends nach jeder Mahlzeit

Prothesenpflege: mit Zahncreme mit Brausetablette
 Prothese wird über Nacht eingelegt
 Prothese wird über Nacht im Mund belassen

Rasur: (bei Bedarf) nass trocken

Kleidung:

Was tragen Sie gerne?

- bequeme Kleidung schicke Kleidung eher wärmende Kleidung
 eher luftige Kleidung sowohl als auch
- Stoffhosen Jeans Röcke
 Kleider Jogginghosen Jogginganzug
 Hemden Blusen T-Shirt
 Pullover Socken Strümpfe

Überarbeitet: QMB:M.Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch.Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	1 von 4
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



- Strumpfhosen BH Unterhemd
 Unterhosen lang kurz
- Strickjacken Westen Gürtel
- Hosenträger Sonstiges: _____
- offene Schuhe geschlossene Schuhe Hausschuhe
- Schmuck, welchen? _____

Ess- und Trinkgewohnheiten

Was essen Sie gerne?

- süß sauer herzhaft salzig abwechslungsreich
- ½ Portion / Menge: _____ 1 Portion / Menge; _____
- Lieblingsgericht: _____

Was essen Sie gar nicht gerne?

Was trinken Sie gerne?

- Mineralwasser mit Kohlensäure ohne Kohlensäure
- Säfte Apfel Orange
- Kirsche Multivitamin

Überarbeitet: QMB:M.Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch.Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	2 von 4
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



Sonstige: _____

Tee Pfefferminze Kamille

Kräuter Früchte Grüner

Schwarzer Rooibos

Sonstige: _____

Kaffee schwarz mit

Milch mit Zucker/Süßstoff mit

Milch und Zucker/Süßstoffas trinken Sie gar nicht gerne?

Wie sehen Ihre Essensportionen aus?

normale Portion halbe Portion ich esse sehr wenig

Wie viel trinken Sie am Tag?

weniger als 1 Liter mehr als 1 Liter 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?

täglicher Spaziergang mehrmals in der Woche gelaufen

in der Wohnung mobil Gymnastik kein Interesse an Bewegung

ein Hilfsmittel wird benötigt Rollstuhl Rollator Gehstock

Überarbeitet: QMB:M.Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch.Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	3 von 4
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		



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.

Überarbeitet: QMB:M.Witzgall	Bearbeitet/Geprüft: PDL/stellv.PDL:	Freigegeben: PDL/HL <i>Ch.Wollmann</i>	Seite
Datum: 28.03.2024	Datum: 03.04.2024	Datum: 03.04.2024	4 von 4
Version: 2.0	Stand: 03.04.2024		