
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**

von

bis

☐ Kurzzeitpflege

bereits beanspruchte Tage
im laufenden Jahr

☐ Verhinderungspflege

☐ Heimaufnahme vollstationär

(O Übernahme aus anderer Einrichtung)

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
	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. Pflegesätze u. anfallende Kosten wurde informiert		O JA O NEIN
Selbstzahler	O JA O NEIN	
Lastschrift erw.	O JA O NEIN	Vereinbarung lt. Betreuungsvertrag Anl.9/S.29
Sozialhilfeempf.	O JA O NEIN	Beantragt: O JA O 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

Hausarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail
------	---------	---------------	--------

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort
----------------	----------

Soll beibehalten werden

☐ JA	☐ NEIN
--------------------------	----------------------------

Zahnarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail
------	---------	---------------	--------

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort
----------------	----------

Soll beibehalten werden

☐ JA	☐ NEIN
--------------------------	----------------------------

Bestattungsinstitut

Name	Vorname	Telefonnummer
------	---------	---------------

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort
----------------	----------

zust. Pfarramt/gewünschter Pfarrer

Name	Vorname	Telefonnummer
------	---------	---------------

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort
----------------	----------

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

Zusatzleistungen

		Bankeinzug d. Kosten	
Friseur übers Haus erwünscht	☐ JA	☐ NEIN	☐ JA
was soll gemacht werden			
Fußpflege extern gewünscht	☐ JA	☐ NEIN	☐ JA
Getränke im Kiosk kaufen erlaubt	☐ JA	☐ NEIN	
Medikamte über Michaelisapotheke	☐ JA	☐ NEIN	
Telefon vom Haus gewünscht	☐ JA	☐ NEIN	☐ JA
Eigener Fernseher wird mitgebracht	☐ JA	☐ NEIN	☐ JA
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	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	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 Doppelzimmer können Sie gerne telefonisch erfragen.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (unabhängig vom Pflegegrad)

Für Kurzzeitpflege bezahlt die Kasse 1854€ von der Pflegekasse. Auf dieser Basis erhalten Sie in unserem Haus 17 Tage Kurzzeitpflege.
Für Verhinderungspflege erhalten wir 1685€ von der Pflegekasse. Somit können wir 15 Tage Verhinderungspflege anbieten.

Kosten für die Kurzzeitpflege	Kosten
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 17 Tagen	2657,44
minus Anteil Pflegekasse	1854,00
Eigenanteil in 17 Tagen	803,44
Eigenananteil am Tag gerundet	47

*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 01.02.2025

Änderungen vorbehalten



F: 15.2

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
☐ Unterhosen

☐ BH
☐ lang

☐ Unterhemd
☐ 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		



O Sonstige: _____

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| ☐ Tee | ☐ Pfefferminze | ☐ Kamille |
| ☐ Kräuter | ☐ Früchte | ☐ Grüner |
| ☐ Schwarzer | ☐ Rooibos | |

O 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		



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		