



---

## 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](http://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							
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		Entg.nahme Post		
					<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

**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	<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
<b>Wenn ja, muss der Fernseher mit Prüfsiegel geprüft sein!</b>			(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
<b>Mobilität</b>			
Gehfähigkeit			
Treppensteigen			
Fähigkeit aus dem Bett aufzustehen			
Sitzposition halten			
<b>Inkontinenz</b>			
Beherrschung Stuhlgang			
Beherrschung Urinabgang			
<b>Eigenständiger Tagesablauf:</b>			
Essen/Trinken			
Körperpflege			
Frisieren			
An- / Auskleiden			
Lagern bei Bettruhe			
Benutzung Toilette			
<b>Orientierung</b>			
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: .....



# AWO

## MichaelisHof

Wohnen und Pflegen

Enoch-Widman-Strasse 4, 95028 Hof, Tel: 09281 - 84022-0



### 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.

<b>Kosten für die Kurzzeitpflege</b>	<b>Kosten</b>
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
Eigenanteil 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



## 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		

## Einwilligungserklärung für zahnärztliche Prophylaxe und Versorgung

Name der Einrichtung: **MichaelisHof, Enoch-Windman-Str.4, Hof**

Name des Bewohners:

Geburtsdatum des Bewohners:

Name des gesetzlichen Vertreters:

### Liebe Bewohner, Liebe Bevollmächtigte, Liebe Betreuer,

die Mund- und Zahnhygiene ist in der Altenpflege sehr wichtig, da sie das Wohlbefinden des Bewohners fördert und vor allem der Karies- und Parodontose Prophylaxe dient. Darum werden wir eine halbjährliche Prophylaxe für unsere Bewohner anbieten.

Für diese Gesundheitsvorsorge konnten wir die **Praxis: Katja und Jörg Sommer**  
**Zahnärzte**  
**Enoch – Widman – Str. 80**  
**95028 Hof**  
**Tel. 44343**

gewinnen. Die Praxis kann auch kleinere zahnmedizinische Versorgung (z.B. Unterfütterungen usw.) hier im Haus durchführen. Wir würden uns freuen, wenn Sie dieses Angebot nutzen möchten. Die freie Arztwahl bleibt bestehen.

ich möchte das Angebot nutzen

ich möchte das Angebot nicht nutzen

### Widerruf der Einwilligung

Die Einwilligung für zahnärztliche Versorgung kann jederzeit von mir (als Bewohner) oder durch meinen gesetzlichen Vertreter schriftlich widerrufen werden.

### Einverständniserklärung

Ich erkläre hermit mein Einverständnis, dass die zahnärztliche Prophylaxe und Versorgung in der Einrichtung durchgeführt wird. Falls ich als ein gesetzlicher Vertreter unterschreibe, bestätige ich, dass ich berechtigt bin, diese Entscheidung im Namen des Bewohners zu treffen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Bewohners / gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

Unterschrift der PDL (als Empfangsbestätigung): \_\_\_\_\_

Aktualisiert: N. Svamberkova QMB Datum: 20.03.2025	Geprüft/ freigegeben: N. Holzke EL Datum: 20.03.2025	Seiten: 1 von 1
Dateipfad:	N:\QM\QM MichaelisHof\QM Word Datei\Formular\6.9.1 Einwilligungserklärung Zahnversorgung.docx	
<i>Für die bessere Lesbarkeit des Textes wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachnormen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter (m/w/d).</i>		