

Informationen über die Heimaufnahme und Kosten für Pflege- und Betreuung im MichaelisHof Wohnen und Pflegen (Stand 01.01.2026)

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
<input type="radio"/> Kurzzeitpflege		
bereits beanspruchte Tage im laufenden Jahr		
<input type="radio"/> Verhinderungspflege		
<input type="radio"/> 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)
			<input type="radio"/> Mitglied Status 1 <input type="radio"/> Rentner Status 5 <input type="radio"/> Fam.versich. Status 3
Straße/Hausnr.		PLZ/ Ort	Telefonnummer
Zuzahlungsbefreiung liegt vor		<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	seit:
Beihilfeanspruch liegt vor		<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	%
Pflegegrad		seit:	
Schnelleinstufung		beantragt am:	
ohne Pflegegrad §39		<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> 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="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Angehörige (B)

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

wie verwandt	Rechnungsempfänger	Rechnung per E-Mail	Vorsorgevollmacht
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Gesetzlicher Betreuer

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

Aufenthaltsbest.	Einwillig.med. Behandl.	finanz.Angelegenh.	Behörden
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Adresse	Entg.nahme Post
Straße/Hausnr.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Finanzierung der Heimkosten

über akt. Pflegesätze u. anfallende Kosten wurde informiert	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Selbstzahler	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Lastschrift erw.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Sozialhilfeempf.	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Vereinbarung lt. Betreuungsvertrag Anl.9/S.29	
Beantragt:	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Antragsdatum	

Zuständiges Sozialamt:

Adresse		
Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	ggf.Sachbearbeiter



Hausarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail
Adresse			
Straße/Hausnr.		PLZ/ Ort	
Soll beibehalten werden			
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		

Zahnarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail
Adresse			
Straße/Hausnr.		PLZ/ Ort	
Soll beibehalten werden			
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN		

Bestattungsinstitut

Name	Vorname	Telefonnummer
Adresse		
Straße/Hausnr.		PLZ/ Ort

zust. Pfarramt/gewünschter Pfarrer

Name	Vorname	Telefonnummer

Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort



Sonstige Angaben

Inkontinenzversorgung

<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN

Rezept liegt vor

eig. Hilfsmittelversorger

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

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		
--------------------------	----------------------------	--	--

Medikamente 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 Anpruch 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	89,58	106,48	124,10	132,02
Kosten Unterkunft und Verpflegung pro Tag	31,86	31,86	31,86	31,86
Kosten Investition im DZ pro Tag ab 01.01.2026	17,59	17,59	17,59	17,59
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag ab 01.01.2026	3,45	3,45	3,45	3,45
Kosten Ausbildungszuschlag pro Tag ab 01.01.2026	0,42	0,42	0,42	0,42
Gesamtsatz pro Tag	142,9	159,8	177,42	185,34
Gesamtsatz im Monat (30,42)	4347,02	4861,12	5397,12	5638,04
minus Anteil Pflegekasse	805,00	1319,00	1855,00	2096,00
ergibt Selbstbeteiligung im Monat im DZ noch vor Abzug §43c SGB XI	3542,02	3542,12	3542,12	3542,04

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-PG5
15% Abzug bei 0-12 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	3236
30% Abzug bei 13- 24 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2931
50% Abzug bei 25 - 36 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2523
75% Abzug ab dem 37. Monat in einer Pflegeeinrichtung	2014

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 27 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	124,94
Kosten Verpflegung pro Tag	17,73
Kosten Unterkunft pro Tag	18,32
Kosten Investition im DZ pro Tag	17,59
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	3,45
Kosten Ausbildungszulage pro Tag	0,42
Gesamtsatz pro Tag	182,45
Gesamtsatz in 27 Tagen	4926,15
minus Anteil Pflegekasse	3477,87
Eigenanteil in 27 Tagen	1448,28
Eigenanteil am Tag gerundet	54

*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 01.01.2026

Änderungen vorbehaltlich



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		



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 Zahnpasta 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 herhaft salzig abwechselnd

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: _____

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tee | <input type="checkbox"/> Pfefferminze | <input type="checkbox"/> Kamille |
| <input type="checkbox"/> Kräuter | <input type="checkbox"/> Früchte | <input type="checkbox"/> Grüner |
| <input type="checkbox"/> Schwarzer | <input type="checkbox"/> Rooibos | |

Sonstige: _____

- | | | |
|--|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kaffee | <input type="checkbox"/> schwarz | <input type="checkbox"/> mit |
| Milch | <input type="checkbox"/> mit Zucker/Süßstoff | <input type="checkbox"/> 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?

- | | | | |
|--|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> täglicher Spaziergang | <input type="checkbox"/> mehrmals in der Woche gelaufen | | |
| <input type="checkbox"/> in der Wohnung mobil | <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> kein Interesse an Bewegung | |
| <input type="checkbox"/> ein Hilfsmittel wird benötigt | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> 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		



Sonstiges: _____

Schlafgewohnheiten:

Halten Sie Mittagsruhe?

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

Haben Sie Schlafstörungen?

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen beides

Haben Sie Schlafrituale?

warmes Getränk Fernsehen Musik/Radio hören

Lieblingsgerüche (z. B. in Duftlampe): _____

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		