

	Formular	<b>Aufnahmeantrag Langzeitpflege u. Kurzzeitpflege MJH</b>
---	----------	--

<b>AWO Marie-Juchacz-Haus, Jägerstraße 15 97082 Würzburg</b>	<b>Tel.: 0931 45255-0, Fax: 0931 45255-499</b>
--	--

Aufnahme in einer Pflege Wohngemeinschaft ab: \_\_\_\_\_ im  Doppelzimmer  Einzelzimmer  
 Eingangsvermerk durch die Einrichtung: Bereich: \_\_\_\_\_ im Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

**1. Persönliche Daten des Kunden**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt**  Privat (wie oben)  Klinik / andere Einrichtung \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Anzahl der Kinder: \_\_\_\_\_

Konfession \_\_\_\_\_ letzte Eheschließung/Standesamt \_\_\_\_\_

Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden?  Ja, \_\_\_\_\_ %, gültig bis \_\_\_\_\_  Nein

(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

**2. Krankenkasse / Pflegekasse**

Versichertennummer \_\_\_\_\_  Status \_\_\_\_\_ Versicherungskarte gültig bis \_\_\_\_\_

Name Krankenkasse / Pflegekasse \_\_\_\_\_ Anschrift (Straße, PLZ, Ort) \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden  Ja  Nein  
(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt  Ja, am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_  Nein  
(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)

Aktueller Pflegegrad \_\_\_\_\_ besteht ab ..  
(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)

**3. Ärztliche Versorgung**

**Bisheriger Hausarzt**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse Praxis \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Hausarzt nach Aufnahme**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse Praxis \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**4. Kontaktadressen / Angehörige:**

**Angehöriger Nr. 1**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

 <b>Formular</b>	<b>Aufnahmeantrag Langzeitpflege u. Kurzzeitpflege MJH</b>
---	--

**Angehöriger Nr. 2**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Für weitere Kontaktpersonen fügen Sie ein gesondertes Blatt bei. Vielen Dank.

**5. Vertretung des Kunden / Bewohners**

**Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen**

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig.  der Bewohner ist nicht geschäftsfähig  
Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen

Vollmacht liegt schriftlich vor (Genau Bezeichnung der Vollmacht) \_\_\_\_\_

Kopie der Vollmacht ist beigefügt

Amtlich bestellte Betreuung  ist beantragt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

besteht seit \_\_\_\_\_ zuständiges Amtsgericht \_\_\_\_\_

**Für Betreuungsbereiche:**  Aufenthalt  Gesundheit  Vermögen  Vertretung ggü. Behörden etc.  Entgegennahme/Öffnen der Post

Heimangelegenheiten  Sonstige (bitte benennen): \_\_\_\_\_

**6. Finanzierung des Heimaufenthaltes**

**KOSTENTRÄGER:**  Sozialer Kostenträger

Sozialhilfeantrag  wurde gestellt bei Behörde \_\_\_\_\_

wurde gestellt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Aktenzeichen SHV \_Sachbearbeiter SHV : \_\_\_\_\_

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)

ist noch nicht entschieden wegen \_\_\_\_\_

wurde abgelehnt wegen \_\_\_\_\_

Selbstzahler  
 Rechnungsempfänger ist  Bewohner /  Betreuer /  Bevollmächtigter /  Angehöriger Nr. \_\_\_\_\_

Beihilfe beihilfeberechtigt zu \_\_\_\_\_ % Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

**7. Aufnahmeverfahren**

Der Heimaufnahmeantrag ersetzt keinen Wohn- und Betreuungsvertrag. Im Vertrag sind darüber hinaus gehende Regelungen zum Heimaufenthalt zu treffen. Ich beantrage daher den bald möglichen Abschluss eines Wohn- und Betreuungsvertrags, nachdem alle erforderlichen Fragen geklärt sind. Bis zum Abschluss eines Vertrages kann nur eine vorläufige Heimaufnahme erfolgen. Hierzu gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Mit meiner/unserer Unterschrift bestätige(n) ich/wir die Richtigkeit der gemachten Angaben und die Einwilligung zum Heimaufnahmeverfahren.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum Unterschrift des Aufzunehmenden / Betreuers oder Bevollmächtigten / Ehepartners

**Wie sind Sie auf unsere Einrichtung gekommen?**

Konkrete Empfehlung (Bekannte)  Branchen- Telefonbuch  Sozialdienst Krankenhaus

Pflegeberatung (Verbraucherzentrale)  Arzt / Ärztin  Internet  Einrichtung ist bekannt

amb. Pflegedienst der AWO  Sonstiger amb. Pflegedienst  \_\_\_\_\_

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Marie-Juchacz-Haus		Revision: 001/12.2023	
Bearbeitung: Michel, Melanie	Prüfung: Rzegotta, Michaela	Freigabe: Binder, Raimund	Seite: 2