

**Marie-Juchacz-Haus**

Jägerstraße 15, 97082 Würzburg

Tel.: 0931 45255-0 // Fax: 0931 45255-499

Die Vergabe eines Pflegeplatzes ist nur dann möglich, wenn dieser Antrag vollständig ausgefüllt ist!

Name, Vorname des*der Bewohner*in: _____

Straße, PLZ, Ort, Telefon _____

 Vollstationäre Aufnahme ab: _____ Doppelzimmer Einzelzimmer Verhinderungspflege / Kurzzeitpflege
von _____ bis _____ (_____ Tage)Antrag auf KZP ist gestellt bei _____ / schriftl. KZP-Kostenzusage liegt vor: ja nein

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich _____ Zi.-Nr.: _____

Tel.-Nr.: _____

Deb.-Nr.: _____

Persönliche Daten**Derzeitiger Aufenthalt** Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung _____

War der Bewohner*in schon einmal in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung?

Wenn ja, Zeitraum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: _____

Migrationshintergrund: Ja Nein UnbekanntSchwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden? Ja, _____, gültig bis _____ Nein
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)**Krankenkasse / Pflegekasse**

Versichertennummer _____

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)

 Pflegegraderhöhung ist beantragt von _____ Datum: _____ Kopie vorhanden**Ärztliche Versorgung**

Bisheriger Hausarzt*-ärztin

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____

Hausarztwahl durch: Angehörige Wohnbereich**Hausarzt*-ärztin nach Aufnahme**

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Email: _____



Kontaktadressen / Angehörige:

Angehörige*r Nr. 1

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ Email: _____

Vertretung des*der Bewohner*in

Alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen

Der*die Bewohner*in ist voll geschäftsfähig. Der*die Bewohner*in 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.

Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____

besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht _____

Vollmacht (Genauere Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Kontaktdaten: _____

Zusätzlich Patientenverfügung vorhanden ja nein

Finanzierung des Heimaufenthaltes:

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in €

Die Finanzierung des Heimaufenthaltes wird aufgebracht durch:

das oben angeführte monatliche Einkommen

Zuzahlung aus verwertbarem Vermögen (z.B. Depot etc.)

Höhe des verwertbaren Vermögens: ca. _____ Euro

das zuständige Sozialamt in _____

Sozialhilfeantrag wurde/wird gestellt bei Behörde _____

wurde/wird gestellt am _____ von _____ -- _____

Aktenzeichen SHV _____ Sachbearbeiter*in SHV _____

Es muss erkennbar sein, ob die Heimkosten selbst getragen werden können, oder eine Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger beantragt wird.



Wohngeld wird/wurde beantragt ja, bei _____ wann _____ nein

Der jährliche Antrag auf Wohngeld ist verpflichtend bei Hilfe zur Pflege (Antrag auf Kostenübernahme bei Sozialhilfeträgern).

! Zur Information: Ab Pflegegrad 2 haben sie die Möglichkeit Landespflegegeld zu beantragen

Kostenübernahme ist bereits schriftlich bewilligt (Nachweis bitte beifügen)

ist noch nicht entschieden wegen _____

Zusatzangaben bei Selbstzahlern:

Rechnungsempfänger: Bewohner*in Betreuer*in Bevollmächtigte*r Angehörige*r Nr. _____

Beihilfeberechtigt zu: _____ % Beihilfestelle: _____

Sonstiges:

Wer übernimmt die ambulanten Fahrten zu Ärzten, Krankengymnastik, usw.

Angehörige (Name) _____ Fahrdienst / Taxi

Besteht eine Inkontinenz? Ja Nein

Vermerk: Während einer Kurzzeitpflege bzw. Verhinderungspflege ist die Versorgung von Inkontinenzmaterial selbst zu organisieren

Gewünschte Serviceleistungen (kostenpflichtig): >>> siehe Wohn- und Betreuungsvertrag

Aufnahmeverfahren

Der Aufnahmeantrag 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 Betreuungsvertrages, 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 Aufnahmeverfahren.

Ort, Datum

Unterschrift des*der Aufzunehmenden / Betreuer*in oder Bevollmächtigte*n / Ehepartner*in

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Marie-Juchacz-Haus			Revision: 004/01.2026
Bearbeitung: Michel, Melanie Hofmann Nicole	Prüfung: Michel, Melanie	Freigabe: Binder, Raimund	Seite: 3