



Formular

**Aufnahmeantrag SZ**

Name der Einrichtung: Sozialzentrum Jung &amp; Alt

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

Bezirksverband  
Unterfranken e.V.**Sozialzentrum Jung und Alt**  
Winterhäuser Straße 11 - 97084 Würzburg  
Tel.: 0931 - 61 03 0 - Fax: 0931 - 61 03 505  
[sozialzentrum@awo-unterfranken.de](mailto:sozialzentrum@awo-unterfranken.de)  
[www.sozialzentrum-wuerzburg.de](http://www.sozialzentrum-wuerzburg.de)

Name, Vorname des\*der Bewohner\*in: \_\_\_\_\_

Straße, PLZ, Ort, Telefon \_\_\_\_\_

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

Optional: Eingangsvermerk:

Bereich \_\_\_\_\_ Zi.-Nr.: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Deb.-Nr.: \_\_\_\_\_

Verteiler Pflege: \_\_\_\_\_

**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 ☐ UnbekanntPersonalausweis vorhanden: ☐ Ja Personalausweis-Nr.: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_  
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)☐ NeinSchwerbehinderten-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 Pflegeeinstufung 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

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Sozialzentrum Jung und Alt

Revision: 004/12.2025

Bearbeitung:  
Nickel, BurkardPrüfung:  
Nickel, BurkardFreigabe:  
Zatloukal, Thomas

Seite: 1

**Ärztliche Versorgung****Bisheriger Hausarzt\*-ärztin**

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

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

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

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

**Hausarzt\*-ärztin nach Aufnahme**

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

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

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

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

Hausarztwahl durch: ☐ Angehörige ☐ Wohnbereich**Kontaktadressen / Angehörige:****Angehörige\*r Nr. 1**

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

**Angehörige\*r Nr. 2**

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

**Sonstige Kontaktadresse:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verhältnis zum\*zur Bewohner\*in : \_\_\_\_\_

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 geschäftsfähigUnabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung, Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.☐ Amtlich bestellte Betreuung(Hierfür ist sonstige Kontaktadresse zu nutzen)☐ ist beantragt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_☐ besteht seit \_\_\_\_\_ zuständiges Amtsgericht: \_\_\_\_\_

GNr / AZ Amtsgericht : \_\_\_\_\_

☐ Vollmacht (Genaue Bezeichnung der Vollmacht) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

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

Zusätzlich Patientenverfügung vorhanden ☐ ja ☐ nein



**Bewohner\*innen, die weder eine\*n Bevollmächtigte\*n noch eine\*n Betreuer\*in haben, können durch die nachfolgend aufgeführte Vollmachtserklärung eine\*n Vertreter\*in für den Heimvertrag sowie den Heimaufenthalt bestimmen.**

**Bevollmächtigte\*r für den Heimvertrag und den Heimaufenthalt**

Hiermit erteile ich (Bewohner\*in, Vorsorgebevollmächtigte\*r bzw. Betreuer\*in) folgender Person über den Tod hinaus die Vollmacht, während der Vertragsdauer alle Rechtsgeschäfte, die den Heimvertrag und den Heimaufenthalt betreffen, abzuwickeln. Dies gilt insbesondere für den Vertragsabschluss, die Heimkostenabrechnung und die Abwicklung des Vertrags bei Vertragsende. Die stationäre Pflegeeinrichtung ist insbesondere berechtigt, die zurückgelassenen Gegenstände der\*des Bewohnerin\*Bewohners ohne besondere erbrechtliche Legitimation an diese Person auszuhändigen und mit dieser Person die Endabrechnung aus dem Vertrag vorzunehmen. Sind mehrere Personen benannt, ist jede von Ihnen der stationären Pflegeeinrichtung gegenüber zur Entgegennahme der Gegenstände und Vornahme der Endabrechnung berechtigt.

Nachname / Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon privat / tagsüber erreichbar

E-Mail (in Druckbuchstaben)

Verwandtschaftsgrad (soweit vorhanden)

Alle Maßnahmen und Willenserklärungen, die dem Heimvertrag und dem Heimaufenthalt betreffen, dürfen per E-Mail vollzogen werden, wenn nicht gesetzlich zwingende Vorschriften dem entgegenstehen.

Der\*Die Bevollmächtigte verpflichtet sich hiermit gegenüber dem Träger der stationären Pflegeeinrichtung, diese Vollmacht auch wahrzunehmen.

Diese Vollmacht ist nur wirksam, wenn keine vom Gericht angeordnete Betreuung (mehr) besteht.

Zur Sicherstellung der Versorgung der\*des Bewohnerin\*Bewohners, stimmt der\*die Bevollmächtigte hiermit zu, dass seine\*ihre hier genannte Adresse an Dritte (z.B. Ärzte\*Ärztinnen, Therapeut\*innen, Apotheken, Dienstleister) übermittelt werden darf.

Datum

Unterschrift des\*der Bevollmächtigten

Datum

Unterschrift des\*der Vollmachtgebers\*Vollmachtgeberin

**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

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

☐ das zuständige Sozialamt in \_\_\_\_\_

Sozialhilfeantrag ☐ wurde/wird gestellt bei Behörde \_\_\_\_\_

☐ wurde/wird gestellt am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ -- \_\_\_\_\_

☐ Aktenzeichen SHV \_\_\_\_\_ Sachbearbeiter\*in SHV \_\_\_\_\_

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):**

- ☐ Telefonanschluss
- ☐ Bargeldverwaltung / Anlage eines Barbetragsskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- ☐ Friseur      wie oft? \_\_\_\_\_ / ☐ bei Bedarf, ☐ nach Rücksprache Angehörige\*r/Betreuer\*in, ☐ nach Rücksprache mit BW
- ☐ Fußpflege      wie oft? \_\_\_\_\_ / ☐ bei Bedarf, ☐ nach Rücksprache Angehörige\*r/Betreuer\*in, ☐ nach Rücksprache mit BW
- ☐ Tageszeitungsabonnement. Bereits vorhanden? Wird die Zeitung an die Einrichtung nachgesendet  
(per ☐ Post oder ☐ Austräger)?
- ☐ Sonstiges \_\_\_\_\_

**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 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 Aufnahmeverfahren.**

Ort, Datum

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