



Formular

Aufnahmeantrag SZ

Name der Einrichtung: Sozialzentrum Jung & 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
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

Optionaler Eingangsvermerk:

Bereich _____ Zi.-Nr.: _____

Tel.-Nr.: _____

Deb.-Nr.: _____

Verteiler Pflege: _____

Persönliche Daten

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

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

Wenn ja, Zeitraum: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Anzahl der Kinder: _____

Konfession: _____

Migrationshintergrund: Ja Nein Unbekannt

Personalausweis vorhanden: : Ja Personalausweis-Nr.: _____ gültig bis: _____
(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)

Nein

Schwerbehinderten-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

Geltungsbereich: Stationäre Pflege Sozialzentrum Jung und Alt		Revision: 005/03.2026	
Bearbeitung: Nickel, Burkard	Prüfung: Nickel, Burkard	Freigabe: Zatloukal, Thomas	Seite: 1

**Ärztliche Versorgung**

Bisheriger Hausarzt*Hausärztin

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

Hausarzt*Hausärztin nach Aufnahme

Name, Vorname: _____

Adresse Praxis: _____

Telefon: _____ Fax: _____

E-Mail: _____

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

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Angehörige*r Nr. 2

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

Sonstige Kontaktadresse:

Name, Vorname: _____ Verhältnis zum*zur Bewohner*in : _____

Adresse _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

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 ist beantragt am _____ von _____
(Hierfür ist sonstige Kontaktadresse zu nutzen) besteht seit _____ zuständiges Amtsgericht: _____

GNr / AZ Amtsgericht : _____

 Vollmacht (Genauere Bezeichnung der Vollmacht) _____

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

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 wurde/wird 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 Barbetragskontos (nur bei vollstationärem Aufenthalt)
- Friseur wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/Betreuer*in, nach Rücksprache mit BW
- Fußpflege wie oft? _____ / bei Bedarf, nach Rücksprache Angehörige*/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/unsere(r) 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 Sozialzentrum Jung und Alt			Revision: 005/03.2026
Bearbeitung: Nickel, Burkard	Prüfung: Nickel, Burkard	Freigabe: Zatloukal, Thomas	Seite: 5