

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

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

**Eingangsvermerk durch die Einrichtung: Bereich:** \_\_\_\_\_ **im Zimmer Nr.:** \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Aufnahme ab: _____	
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____ ( ____ Tage)	
<input type="checkbox"/> Verhinderungspflege von _____ bis _____ ( ____ Tage)	
Antrag auf KZP / VHP ist gestellt bei _____ / schriftl. Kostenzusage liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>1. Persönliche Daten des*der Bewohner*in</b>	
Name, Vorname _____	
Straße, PLZ, Wohnort, Telefon _____	
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b> <input type="checkbox"/> Privat (wie oben) <input type="checkbox"/> Klinik / andere Einrichtung _____	
War der Bewohner*in schon mal in einer anderen stationären Pflegeeinrichtung?	
Wenn ja, Zeitraum: _____	letzte Einrichtung, Telefonnr.: _____
Geburtsdatum _____	Geburtsname: _____
Geburtsort _____	Staatsangehörigkeit: _____
Familienstand _____	Anzahl der Kinder: _____
Konfession _____	
Schwerbehinderten-Ausweis beantragt / vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ %, gültig bis _____ <input type="checkbox"/> Nein <small>(Ausweis / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>

<b>2. Krankenkasse / Pflegekasse</b>	
_____ <small>Versichertennummer</small>	[ ][ ][ ][ ][ ][ ] <small>Status</small>
_____ <small>Name Krankenkasse / Pflegekasse</small>	_____ <small>Versicherungskarte gültig bis</small>
_____ <small>Zuzahlungsbefreiung ist vorhanden</small>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(Befreiung / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>
_____ <small>Antrag auf Pflegeeingradung ist gestellt</small>	<input type="checkbox"/> Ja, am _____ von _____ <input type="checkbox"/> Nein <small>(Antragskopie bitte bei Einzug vorlegen)</small>
_____ <small>Aktueller Pflegegrad</small>	besteht ab [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ] . [ ][ ][ ][ ][ ] <small>(Schriftlicher Nachweis bitte bei Einzug vorlegen)</small>
<input type="checkbox"/> höherer Pflegegrad ist beantragt	Datum _____ <input type="checkbox"/> Kopie intern vorhanden

<b>3. Ärztliche Versorgung</b> Bisheriger Hausarzt* -ärztin Name, Vorname _____ Adresse Praxis _____ Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____	Hausarzt* -ärztin nach Aufnahme Name, Vorname _____ Adresse Praxis _____ Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____ Hausarztwahl durch: <input checked="" type="checkbox"/> Angehörige
--	---

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

**4. Kontaktadressen / Angehörige**

**Angehörige\*r Nr. 1**

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

**Angehörige\*r 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\*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)  
(Vollmacht / -Kopie bitte bei Einzug vorlegen) \_\_\_\_\_

**6. Finanzierung des Heimaufenthaltes**

**KOSTENTRÄGER:**     Sozialer Kostenträger (Sozialamt)

**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\*in**

Pflichtangaben (bei stationärer Pflege)

Rechnungsempfänger ist  Bewohner\*in /  Betreuer\*in /  Bevollmächtigte\*r /  Angehörige\*r Nr. \_\_\_\_\_

Rente Einnahme i. H. v. \_\_\_\_\_ € / monatl. (bitte den aktuellen Rentenbescheid / Kontoauszug mit Renteneingang vorlegen)  
 Ersparnisse / Pflegeversicherung i. H. v. \_\_\_\_\_ € (Nachweise wie z. B. Kopie eines Sparbuchs, Kontoauszüge vorlegen)  
 andere Mittel: \_\_\_\_\_ (Nachweis vorlegen)

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

**7. 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 Heimaufnahmeverfahren.

Ort, Datum _____	Unterschrift des*der Aufzunehmenden / Betreuers*in oder Bevollmächtigten / Ehepartners*in _____		
Geltungsbereich: Stationäre Pflege Marie-Juchacz-Haus			
Revision: 002/03.2024			
Bearbeitung: Michel, Melanie	Prüfung: Michel, Melanie	Freigabe: Binder, Raimund	Seite: 2