



Wohn- und Pflegeheim des Kreisverbands Hof Stadt und Land e. V.

## **Informationen über die Heimaufnahme und Kosten für Pflege- und Betreuung im Wohn- und Pflegeheim Haus Kamilla (Stand 01.01.2024)**

### **Sehr geehrte Interessenten unseres Hauses,**

vielen Dank, dass Sie sich für unser Wohn- und Pflegeheim Haus Kamilla interessieren.

Das Haus Kamilla befindet sich in der Trägerschaft des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt Hof Stadt und Land e.V. und es werden 137 Seniorinnen und Senioren gepflegt.

Wir sind bemüht, unserem Personal ein gutes Arbeitsumfeld, gerechte Löhne nach Tarif, viele Fortbildungen und eine große Mitarbeiterbeteiligung an den täglichen Arbeitsprozessen zu ermöglichen. So sichern wir eine gute Pflege und Betreuung für Sie bzw. Ihren Angehörigen.

Unser Haus liegt in einer ruhigen Lage im Stadtgebiet, unweit vom historischen Bismarckturm entfernt. Es verfügt über ein gemütliches Ambiente und ist mit den öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Bei Interesse vereinbaren Sie bitte unter der Ruf-Nr. 09281-78910 mit Frau Fraaß oder Frau Reitmeier einen Termin, sie nehmen sich Zeit für alle Fragen und unterstützen Sie bei Ihren Anliegen.

Außerhalb der Verwaltungszeiten informieren Sie sich gerne auch unter [www.awo-hof.de](http://www.awo-hof.de).

### Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie vorbereitet:

- Ein Datenblatt mit persönlichen Fragen für die Aufnahme im Haus Kamilla
- Eine Aufstellung der aktuell gültigen Pflegesätze in den verschiedenen Pflegegraden (maßgeblich sind die jeweils aktuell gültigen Tarife und Preise)
- Ein Formular für die ärztliche Beurteilung Ihres Hausarztes oder des Krankenhauses
- Die Biografie-Erfassung mit freiwilligen Angaben.

Bitte senden Sie uns diese Unterlagen ausgefüllt zu oder geben Sie diese im Haus in der Verwaltung ab, wir melden uns umgehend bei Ihnen.

Wir freuen uns auf Sie!

### **Ihr Team des Haus Kamilla**

*Hinweis: Ein Anspruch auf einen Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen, unterzeichneten Heimvertrag.*



# Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0

O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Zimmernummer

wird v.d. Einricht.ausgefüllt

Bewohnernummer

wird v.d. Einricht.ausgefüllt

**\*freiwillige Angaben**

	von	bis
<input type="radio"/> Kurzzeitpflege		
bereits beanspruchte Tage im laufenden Jahr		
<input type="radio"/> Verhinderungspflege		
<input type="radio"/> Heimaufnahme vollstationär (O Übernahme aus anderer Einrichtung)		

Zimmerwunsch:  Doppelzimmer  Einzelzimmer (Mehrkosten werden übernommen)

Personalien des Antragstellers (Heimbewohner)			
Name	Vorname	Geburtsname	Familienstand *
Früherer Beruf *			
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit	Konfession *
Adresse			
Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	Telefonnummer	

Krankenversicherung			
Krankenkasse	Versichert.nummer	Kassennummer	Status (bitte markieren)
			<input type="radio"/> Mitglied Status 1 <input type="radio"/> Rentner Status 5 <input type="radio"/> Fam.versich. Status 3
Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort	Telefonnummer	
Zuzahlungsbefreiung liegt vor	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	seit:	
Beihilfeanspruch liegt vor	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	%	
Pflegegrad		seit:	
Schnelleinstufung		beantragt am:	
ohne Pflegegrad §39	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		



## Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0

O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

Angehörige (A)						
Name	Vorname	Telefonnummer		E-Mail		
wie verwandt	Rechnungsempfänger		Rechnung per E-Mail		Vorsorgevollmacht	
	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Adresse						
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort			

  

Angehörige (B)						
Name	Vorname	Telefonnummer		E-Mail		
wie verwandt	Rechnungsempfänger		Rechnung per E-Mail		Vorsorgevollmacht	
	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Adresse						
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort			

Gesetzlicher Betreuer							
Name	Vorname	Telefonnummer		E-Mail			
Aufenthaltsbest.	Einwillig.med. Behandl.		finanz.Angelegenh.		Behörden		
<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Adresse							
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		Entg.nahme Post		
					<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	

Finanzierung der Heimkosten						
über akt. Pflegesätze u. anfallende Kosten wurde informiert				<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Selbstzahler	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN				
Lastschrift erw.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Vereinbarung lt. Betreuungsvertrag Anl.9/S.29			
Sozialhilfeempf.	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Beantragt:	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
			Antragsdatum			
Zuständiges Sozialamt:						
Adresse						
Straße/Hausnr.			PLZ/ Ort		ggf.Sachbearbeiter	



## Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof

O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0

O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

### Hausarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

### Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Soll beibehalten werden

JA  NEIN

### Zahnarzt

Name	Vorname	Telefonnummer	E-Mail

### Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

Soll beibehalten werden

JA  NEIN

### Bestattungsinstitut

Name	Vorname	Telefonnummer

### Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort

### zust. Pfarramt/gewünschter Pfarrer

Name	Vorname	Telefonnummer

### Adresse

Straße/Hausnr.	PLZ/ Ort



**Heimaufnahmeantrag für die Wohn-und Pflegeheime der AWO Hof**

O Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof, Tel: 09281/7891-0

O MichaelisHof, Enoch-Widman-Str. 4, 95028 Hof, Tel: 09281/84022-0

**Sonstige Angaben**

Inkontinenzversorgung	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Rezept liegt vor	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
eig. Hilfsmittelversorger	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Firma/Anschrift			
Versorgung d. Einricht.erwünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	
Grad		Merkzeichen	

**Zusatzleistungen**

			Bankeinzug d. Kosten	
Friseur übers Haus erwünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
was soll gemacht werden				
Fußpflege extern gewünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Getränke im Kiosk kaufen erlaubt	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN		
Medikante über Michaelisapotheke	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN		
Telefon vom Haus gewünscht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
Eigener Fernseher wird mitgebracht	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	<input type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN
<b>Wenn ja, muss der Fernseher mit Prüfsiegel geprüft sein!</b>			(Empfehlung Fa. Ritter)	

---

Ort, Datum                      Unterschrift der Bewohner                      Unterschrift d. gesetzl. Betreuers

**Ein Anspruch auf einer Heimplatz entsteht erst durch einen abgeschlossenen Wohn-und Betreuungsvertrag**

Das ausgefüllte Formular bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen vor Heimaufnahme abgeben.

## Stationäre Pflege



Tägliche Kosten	PG2	PG3	PG4	PG5
Pflege täglich	80,96	97,13	113,99	121,56
Kosten Verpflegung pro Tag	13,93	13,93	13,93	13,93
Kosten Unterkunft pro Tag	12,81	12,81	12,81	12,81
Kosten Investition im DZ pro Tag	10,80	10,80	10,80	10,80
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	2,79	2,79	2,79	2,79
Gesamtsatz pro Tag	121,29	137,46	154,32	161,89
Gesamtsatz im Monat (30,42)	3689,64	4181,53	4694,41	4924,69
minus Anteil Pflegekasse	770,00	1262,00	1775,00	2005,00
ergibt Selbstbeteiligung im Monat im DZ noch vor Abzug §43c SGB XI	2919,64	2919,53	2919,41	2919,69

Gemäß dem seit 2022 geltenden §43 c SGB XI erhalten Sie ab dem 01.01.2024 folgende Unterstützung und demnach die beschriebenen Vergünstigungen:

Eigenanteil im Monat nach Abzug § 43c für ein Bett im DZ	PG2	PG3	PG4	PG5
15% Abzug bei 0-12 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2652,99	2652,90	2652,80	2653,03
30% Abzug bei 13- 24 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2386,34	2386,26	2386,18	2386,38
50% Abzug bei 25 - 36 Monaten in einer Pflegeeinrichtung	2030,80	2030,75	2030,69	2030,83
75% Abzug ab dem 37. Monat in einer Pflegeeinrichtung	1586,39	1586,36	1586,33	1586,40

Den Zuschlag für ein Einzelzimmer können Sie gerne telefonsich erfragen.  
Je nach Zimmertyp liegt er zwischen 4,80€ und 6,50€ am Tag.

## Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (unabhängig vom Pflegegrad)

Für Kurzzeitpflege bezahlt die Kasse 1774€ . Auf dieser Basis erhalten Sie in unserem Haus 16 Tage Kurzzeitpflege.  
Für Verhinderungspflege erhalten wir 1612€ von der Pflegekasse. Somit können wir 14 Tage Verhinderungspflege anbieten.

Kosten für die Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege	KZP
Pflege pro Tag	105,71
Kosten Verpflegung pro Tag	13,93
Kosten Unterkunft pro Tag	12,81
Kosten Investition im DZ pro Tag	10,80
Kosten Ausbildungsumlage pro Tag	2,79
Gesamtsatz pro Tag	146,04
Gesamtsatz in 16 Tagen	2336,64
minus Anteil Pflegekasse	1774,00
Eigenanteil in 16 Tagen	562,64
Eigenanteil am Tag	35,17

Sollten die Eigenanteile nicht aus eigenen finanziellen Mitteln bestritten werden können, so besteht die Möglichkeit von behördlicher Unterstützung.  
Kommen Sie gerne auf uns zu!

Alle Preise in €  
Stand 01.01.2024  
Änderungen vorbehalten  
Rundungsdifferenzen sind möglich

**Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners in unsere Einrichtung**

Daten der Einrichtung:

Wohn- und Pflegeheim Haus Kamilla, Am Hohen Münster 8, 95030 Hof,  
 Tel.: 09281 7891 611, FAX: 09281 7891 699

Bewohnerdaten:

Name: ..... Vorname: .....

geb.: .....

Wohnadresse:.....

Krankenkasse: .....

Größe:.....Gewicht:.....

Pflegegrad: .....

Beurteilung der Tätigkeiten und Fähigkeiten

Tätigkeit / Fähigkeit	Selbständig möglich	Überwiegend selbständig möglich	Unselbständig
<b>Mobilität</b>			
Gehfähigkeit			
Treppensteigen			
Fähigkeit aus dem Bett aufzustehen			
Sitzposition halten			
<b>Inkontinenz</b>			
Beherrschung Stuhlgang			
Beherrschung Urinabgang			
<b>Eigenständiger Tagesablauf:</b>			
Essen/Trinken			
Körperpflege			
Frisieren			
An- / Auskleiden			
Lagern bei Bettruhe			
Benutzung Toilette			
<b>Orientierung</b>			
Zeitlich			
Örtlich			

Differenzierte Fragen zur Person

<b>Tätigkeit / Fähigkeit</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Ständig bettlägerig		
Anus praeter vorhanden		
PEG vorhanden		
Dauerkatheter oder Cystofix vorhanden		
Sauerstoffgerät vorhanden		
Nächtliche Unruhe vorhanden		
Motorische Unruhezustände		
Depression bekannt		
Aggressives Verhalten bekannt		
Wahnvorstellungen bekannt		
Gefährliche Eigenschaften bekannt		
Suchtkrankheit bestehend		
Sprachstörungen motorisch vorhanden		
Sprachstörungen sensorisch vorhanden		
Sehvermögen eingeschränkt		
Brille / Kontaktlinsen vorhanden		
Blindheit bestehend		
Hörvermögen eingeschränkt		
Hörgerät vorhanden		
Völliger Verlust Hörfähigkeit		

Körperliche Einschränkungen näher definiert:

---



---



---

Geistige und seelische Einschränkungen näher definiert:

---



---



---

Diagnosen:

---



---



---

Allergien:

---

Medikamentöse Therapie:

---



---



---

Ernährung:

- Vollkost                       Schonkost                       Pürrierte Kost                       PEG Sonde

Nachweis gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG):

- Ja, der Patient ist frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen keinerlei Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.
- Nein, der Patient ist nicht frei von ansteckenden Erkrankungen, es liegen Anhaltspunkte für eine ansteckende Erkrankung im Sinne des Infektionsschutzgesetzes vor.

Erreger: \_\_\_\_\_

Lokalisation des Erregers: \_\_\_\_\_

Positiv getestet zuletzt : \_\_\_\_\_

Spezielle Resistenzen oder Multiresistenzen zu dem oben genannten Erreger: \_\_\_\_\_

Sind Sanierungsmaßnahmen erforderlich?  Nein                       Ja, \_\_\_\_\_

Die Sanierung wurde durchgeführt:  mit Erfolg                       ohne Erfolg

Ergänzende Anmerkungen für das Pflegeheim:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum: .....

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin: .....

## Biografiebogen

### Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

- Sprechen Sie einen bestimmten Dialekt oder Fremdsprachen?

---

- Hören Sie gut? Benutzen Sie ein Hörgerät?

---

- Sehen Sie gut? Tragen Sie eine Brille? Benötigen Sie eine Lesebrille?

---

- Haben Sie besondere Wünsche oder Hoffnungen für Ihren Heimeinzug?

---

- Wie sollen wir Sie ansprechen?

---

### Mobilität und Beweglichkeit

- Haben Sie zuhause eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt?

---

- Gehen Sie gerne spazieren/Sind Sie gerne spazieren gegangen?

---

- Haben Sie gerne Sport gemacht?

---

- Gab es zuhause Stürze?

---

- Haben Sie Angst zu stürzen?

---

### Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

- Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?

---

- Haben Sie eine Patientenverfügung?

---

- Haben Sie in einem Krankheitsfall besondere Wünsche?

---

- Gibt es besondere Umstände in Bezug auf Krankheiten (z.B. durch Ihren Glauben, besondere Ernährung etc.)?

---

- Wie kamen Sie zuhause mit Ihrem Krankheitsbild zurecht?

---

- Haben Sie Ihre Medikamente selbstständig eingenommen oder hatten Sie einen Pflegedienst oder Angehörige, die Ihnen dabei geholfen haben?

---

### **Selbstversorgung**

- Haben Sie bestimmte Leibspeisen oder Lieblingsgetränke?

---

- Wie viel trinken Sie am Tag?

---

- Wie groß sind Ihre Essportionen?

---

- Gibt es Speisen oder Getränke, die Sie nicht mögen oder nicht vertragen?

---

- Verschlucken Sie sich leicht?

---

- Trinken Sie Alkohol?

---

- Rauchen Sie?

---

- Bevorzugen Sie bestimmte Pflegeprodukte? Haben Sie bestimmte Pflegerituale (z.B. beim Baden, Duschen, Reihenfolge beim Waschen etc.)?
- 

- Baden oder Duschen Sie lieber?
- 

- Welche Temperatur sollte das Wasser haben?

Warm                       Lauwarm                       Kalt

- Wie erfolgt die Prothesenpflege?

mit Zahncreme       mit Brausetabletten                       über Nacht einlegen  
 über Nacht im Mund belassen

- Rasieren Sie sich?

Nein                       Ja                       nass                       trocken

- Welche Kleidung tragen Sie gerne? Tragen Sie gerne Schmuck? (Schick, zweckmäßig, Hosenträger etc.)
- 

- Haben Sie Probleme bei der Ausscheidung?
- 

- In welchem Bereichen benötigen Sie Unterstützung?
- 

### Leben in sozialen Beziehungen

- Haben/Hatten Sie Geschwister? Wie sind Ihre Namen? Wann sind die Geschwister geboren? Wie war/ist Ihr Verhältnis zu Ihnen? Haben Sie noch Kontakt?
- 
- 

- Wer ist/war Ihr Lebensgefährte? Wie war sein/ihr Name? Wann ist er/sie geboren?
- 

- Waren oder Sind Sie verheiratet/verwitwet/ledig/sonstiges? Seit wann?
-

- Haben Sie besondere positive oder negative Erinnerungen an diese Zeit? Wie war Ihr Verhältnis zueinander?

---

---

- Welchen Beruf hatte Ihr Partner?

---

---

- Wie haben Sie sich kennengelernt?

---

---

- Was haben Sie am liebsten zusammen gemacht?

---

---

- Haben Sie Kinder? Wie sind Ihre Namen? Wann sind die Kinder geboren? Wie ist/was ihr Verhältnis zu Ihnen? Haben Sie heute noch Kontakt zu Ihnen? Kommen sie oft zu Besuch?

---

---

- Haben Sie Enkelkinder? Wie sind ihre Namen und wann sind sie geboren? Wie ist/war das Verhältnis zu ihnen? Haben heute noch Kontakt zu Ihnen? Kommen sie oft zu Besuch?

---

---

- Haben Sie Urenkel? Wie sind ihre Namen und wann sind sie geboren?

---

---

- Haben Sie weitere Menschen in Ihrem Leben, die eine große Bedeutung für Sie haben?

---

---

- Wer war Ihre Vertrauensperson/Bezugsperson in letzter Zeit?

---

---

- Bekommen Sie regelmäßig Besuch von jemandem oder haben Sie regelmäßigen telefonischen Kontakt zu jemandem?

### **Wohnen und Häuslichkeit**

- Sind sie es gewohnt, Mittagsschlaf zu machen? Wenn ja, wo und wie lange?
- 

- Wie sehen Ihre Schlafgewohnheiten aus? Haben Sie bestimmte Schlafrituale (Fernsehen, Musik etc.)? Leiden Sie unter Schlafstörungen (Ein-/Durchschlafen)?
- 
- 

- Wie war Ihr Bett positioniert? Zu welchen Zeiten sind Sie zu Bett gegangen/aufgestanden?
- 

- Haben Sie eine Vorliebe für bestimmte Düfte oder Gerüche?
- 

- Gibt es Musik, die Sie gerne hören, die als aufmunternd oder beruhigend empfinden?
- 

- Bevorzugen Sie eine bestimmte Umgebungstemperatur?
- 

- Was spendet Ihnen Trost, wenn Sie traurig sind?
- 

- Empfinden Sie Berührungen als angenehm?
- 

### **Allgemeine Biografie**

#### **Allgemein**

- Sind Sie gläubig oder leben Sie Ihren Glauben aus?
- 

- Wie haben Sie früher Urlaube verbracht?

- 
- Mögen Sie Tiere? Hatten Sie Haustiere? Wenn ja, welche und wie hießen sie?

- 
- Können Sie schwimmen/mögen Sie Wasser?

- 
- Gibt es besondere positive Erlebnisse/Ereignisse in Ihrem Leben?

- 
- Gibt es negative Ereignisse in Ihrem Leben über die sie nicht sprechen möchten?
- 

### **Herkunft/Elternhaus**

- Wer waren Ihre Eltern? Wie war Ihr Verhältnis zu Ihnen?

- 
- Welchen Beruf hatten Ihre Eltern?

- 
- Wann sind Ihre Eltern geboren?

- 
- Wo sind Ihre Eltern aufgewachsen?
- 

### **Kindheit**

- Wo sind Sie aufgewachsen (Ort, Wohnung, Elternhaus)?

- 
- Wie waren die familiären Bedingungen und Verhältnisse?

- 
- Hatten Sie viele Freunde?

- 
- Was haben Sie als Kind gern gemacht?

- 
- Hatten Sie viele Verpflichtungen als Kind?
- 

- Haben Sie besondere Erinnerungen an Ihre Kindheit oder Jugend?
- 

### **Ausbildung/Beruf/Tätigkeit**

- Welche Schule haben Sie besucht und welchen Bildungsabschluss haben Sie?
- 

- Haben Sie eine Berufsausbildung abgeschlossen?
- 

- Welche Tätigkeiten haben Sie in Ihrem beruflichen Leben ausgeführt?
- 

- Hätten Sie gerne einen anderen Beruf gelernt/ausgeübt?
- 

### **Erwachsenenzeit**

- Welche Freizeitaktivitäten haben Sie gerne gemacht?
- 

- Welche Hobbys hatten Sie? Hatten Sie besondere Interessen?
- 

- Waren Sie in einem Verein oder ehrenamtlich tätig?
- 

### **Sonstige Anmerkungen**

---

---

---

---