

# HAUS LOHHOLZ

Senioren- und Pflegeheim

Bitte Rückseite beachten!

## Fragebogen zur Heimaufnahme

83059 Kolbermoor \*Fabrikstraße 8\* Tel.: 08031/ 291-0\* Fax 08031/ 291-180\* IK. 510911024\* Ust-IdNr.DE812103992

Von wem empfohlen?:

1. Persönliche Angaben	Vor- und Zuname		Titel		
	Geburtsname		Geburtsdatum		
	Geburtsort				
	Straße				
	PLZ/Ort				
	Derzeitiger Aufenthaltsort / Straße				
	PLZ/Ort				
	Familienstand		Staatsangehörigkeit		Vermittelt durch:
Konfession		Sprache		Anmeldungen in anderen Heimen Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
2. Angehörige (zuständige Person bitte an erster Position)	a) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  Handy		
	PLZ/Ort				
	b) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  Handy		
	PLZ/Ort				
	c) Vor- und Zuname		Verwandschaftsgrad		
	Straße		ggf.  Fax,  Handy		
	PLZ/Ort				
3. Betreuer (amtlich oder notariell beglaubigt)	Vor- und Zuname				
	Straße		ggf.  Fax,  Handy		
	PLZ/Ort				
	Postvollmacht? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		ggf. weiterleiten an:		
	Wirkungskreis der Betreuung		Beschluss gültig bis:		
4. Hausarzt	Vor- und Zuname		Fachgebiet		
	Straße		ggf.  Fax,  Handy		
	PLZ/Ort				

6. Krankenkasse	Name		
	Straße		Rezeptgebührenbefreit Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	PLZ/Ort		gültig von - bis:
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In	
7. Pflegekasse	Name		
	Straße		Pflegegrad I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>
	PLZ/Ort		Pflegegrad seit:
	Mitgliedsnummer:	Sachbearbeiter/In	
8. Kostenträger (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Das monatliche Einkommen (z.B. Mieten+Renten) übersteigt 1.328,72€ (Mittelwert der durchschnittlichen Pflegekosten von Stufe I und III; siehe Preisliste) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	liegt das Vermögen über 2.301,00€/ bei Ehepaare über 2.915,00 € für Sozialhilfeempfänger) <input type="checkbox"/> (Vermögensfreigrenze) <b>Ja</b>		
	Beihilfeberechtigt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag gestellt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Rechnungsempfänger		
	Straße		
	PLZ/Ort		
	Name des Sozialamtes		Aktennummer:
	Straße		Sachbearbeiter/in
	PLZ/Ort		
	9. Bankverbindung (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Kontoinhaber	Kontonummer
Name der Bank		BLZ	
10. Aufnahme / Unterbringung	Voraussichtliches Einzugs- Auszugsdatum: KZP <input type="checkbox"/> Vollstationär <input type="checkbox"/>		
	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Wünschen Sie  im Zimmer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
11. Bestattungsvorsorge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	Name		
12. Ausweise (nur bei vollstationärer Aufnahme)	Straße, PLZ/Ort		
	Personalausweis-Nr.	gültig bis:	
	Reisepass-Nr.	gültig bis:	
Behindertenausweis-Nr.	Grad der Behinderung in %	gültig bis:	
13. Sonstiges / Bemerkungen	Rollstuhl, Gehwagen usw. vorhanden: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Von der Krankenkasse: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
14. Kleidung einmerken	Die Kleidung wird mit Patchetiketten eingemerkt.		
Ort	Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden	