



*Wichtige
Informationen
zum
Leben im Heim*

Gemeinsam – nie einsam





Liebe Heiminteressenten,
Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserem Haus.

Diese Broschüre enthält alle Informationen über unser Haus bzw. das allgemeine Leben im Heim.

Wir sind ein Senioren- und Pflegeheim und bieten auch Kurzzeitpflege an. Außerdem gibt es die Möglichkeit des Probewohnens. Unsere Einrichtung besteht aus drei Gebäuden – verfügt über Ein-, Zwei- und Dreibettzimmer – insgesamt 130 Betten.

Für ein persönliches Informationsgespräch mit Heimbesichtigung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung, vereinbaren Sie hierzu bitte einen Termin mit Frau Bloier.

Unser Büro ist von Montag bis Donnerstag 08:00 bis 12:00 Uhr und 12:30 bis 16:30 Uhr
Freitags von 08:00 Uhr bis 15:00 Uhr besetzt.

Für eine unverbindliche Heimanmeldung, benötigen wir den vollständig ausgefüllten „Fragebogen zur Heimaufnahme“ und den vom zur Zeit behandelnden Arzt und der/n Pflegeperson/en ausgefüllten „ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme“.

1. Preisinformation

1.1 Preisinformation für den vollstationären Aufenthalt

Wie Sie der beiliegenden Auflistung entnehmen können, sind die Heimkosten abhängig von der Pflegestufe.

Pflegestufe	0	1	2	3
Pflegebedingter Aufwand	26,76 €	44,01 €	56,12 €	64,40 €
Unterkunft und Verpflegung	17,20 €	17,20 €	17,20 €	17,20 €
Investitionskosten lt. § 82 Abs. 3 SGB XI	14,62 €	14,62 €	14,62 €	14,62 €
Gesamter Tagessatz	58,58 €	75,83 €	87,94 €	96,22 €
Monatspreis (30,5 Tage)	1.786,69 €	2.312,82 €	2.682,17 €	2.934,71 €
Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen	-	-1.023,00 €	-1.279,00 €	-1.470,00 €
Endpreis (30,5 Tage)	1.786,69 €	1.289,82 €	1.403,17 €	1.464,71 €

In den Preisen ist enthalten:

- Vollverpflegung bestehend aus Frühstück, Zwischenmahlzeit, Mittagessen, Kaffee, Kuchen, Abendessen, Tees und Getränke zu den Mahlzeiten.
- Pflege, Mobilisierung und psychische Betreuung
- Waschen der Kleidung (keine Reinigung)
- Reinigen der Zimmer
- Veranstaltungen im Heim wie z.B. Frühschoppen, Bastel- und Kaffeenachmittage und die Busfahrt für unsere Kaffeefahrten.

In den Preisen ist **nicht** enthalten:

- Zuschläge für Einzelzimmer (Haus I: 1,90 €/Tag, Haus II: 3,50 €/Tag, Haus III: 4,20 €/Tag)
 - Aufpreis für Haus III (alle Plätze): 3,10 €/Tag
 - Rezeptgebühren
 - Einkäufe in unserem hauseigenen Kiosk
 - Taxifahrten
 - Fußpflege
 - Friseur
 - Telefongebühren + Grundgebühr (2,50 €)
- (Zusatzleistungen werden von den Sozialämtern nicht getragen.)**

Die Kosten für den pflegebedingten Aufwand/Unterkunft u. Verpflegung wurden mit den Pflegekassen und dem Bezirk Oberbayern im März 2009 vereinbart.

Berechenbare Investitionskosten laut § 82 Abs. 3 SGB XI wurden der Regierung von Oberbayern gemeldet und mit dem Bezirk Oberbayern vereinbart.

1.1.1 Finanzierung der Heimkosten

Wer in einem Seniorenheim wohnen will, muss diesen Aufenthalt grundsätzlich selbst finanzieren. Die Höhe des Heimentgelts resultiert aus den individuellen Pflegesatzvereinbarungen jeder Einrichtung. Entscheidenden Einfluss auf die Höhe des Entgelts hat darüber hinaus der Grad Ihrer Pflegebedürftigkeit, welcher in der Regel durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen bzw. bei privaten Krankenkassen durch einen zugehörigen Arzt, im Auftrag der Pflegekasse festgestellt wird. Den **Pflegestufenantrag** erhalten Sie von Ihrer Pflegekasse. Um die Bearbeitung der Einstufung voranzutreiben wäre ein ärztliches Attest ratsam.

1.1.1.1 Leistungen des Sozialamtes

Weiterhin können Sie **Leistungen des Sozialamtes** erhalten, wenn Sie „heimpflegebedürftig“ sind und den Aufenthalt in einer Einrichtung nicht aus eigenen Mitteln finanzieren können. Heimpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn Sie nicht mehr in der Lage sind, Ihren Haushalt alleinverantwortlich zu führen.

Bitte legen Sie hierfür folgende Unterlagen ihrem Sozialamt vor:

- Sozialhilfeantrag
- Kontoauszüge der letzten sechs Monate (wenn nicht vorhanden, Einsichtsermächtigung für das Sozialamt)
- Pflegestufenbescheid (wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, ein Attest des Hausarztes der die Heimpflegebedürftigkeit bestätigt)
- Rentenbescheide und sonstiges Einkommen

Wenn vorhanden:

- alle Arten von Ausweisen (Reisepass; Ausweis; Schwerbehindertenausweis; Rezeptgebührenbefreiungsausweis usw.)

Wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, d. h. wenn Sie weniger als 45 Minuten Pflegeaufwand benötigen wenden Sie sich bitte an das Landratsamt in Rosenheim
Tel.: 08031/392-0

Wenn Pflegebedürftigkeit vorliegt, wenden Sie sich bitte an den Bezirk Oberbayern
Tel.: 089/2198-01

Beide Sozialämter sind Ihnen bei Fragen behilflich bzw. werden Ihre Sozialhilfeanträge an das zuständige Sozialamt weiterleiten falls ein Sozialamt außerhalb von Oberbayern die Kosten übernehmen soll.

1.1.1.2 Beihilfe

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, **Beihilfe** in Anspruch zu nehmen, wenn Sie beihilfeberechtigt und pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind, d. h. wenn Sie oder Ihr Ehegatte Beamter waren.

1.1.1.3 Rezeptgebührenbefreiung

Sie können für ein laufendes Jahr einen Rezeptgebührenbefreiungsausweis bei der Krankenkasse beantragen, wenn die Zuzahlungen im Jahr bereits über 1% bzw. 2% der Bruttoeinnahmen liegen.

1.1.1.4 Steuern sparen

STEUERN SPAREN – ABER WIE?

Altenheim absetzbar

Aufwendungen für die krankheitsbedingte Unterbringung eines nahen Angehörigen in einem Altenpflegeheim können als außergewöhnliche Belastungen gemäß § 33 des Einkommensteuergesetzes absetzbar sein. Abziehbar sind nach einem Urteil des Bundesfinanzhofes in München (vom 24. Februar 2000 III R 80/97) neben den Pflegekosten auch die Kosten, die auf die Unterbringung und Verpflegung entfallen, soweit es sich hierbei um gegenüber der normalen Lebensführung entstehende Mehrkosten handelt. Der Bundesfinanzhof gab damit einem Kläger Recht,

der den Teil der von dem Altenpflegeheim seinen Eltern für die Pflege, Unterbringung und Verpflegung in Rechnung gestellten Kosten übernommen hat, den die Eltern durch eigene Einkünfte nicht aufbringen konnten. Das Finanzamt hatte zwar den auf die Pflege entfallenden Kostenanteil zum Abzug zugelassen; den Kostenanteil, der jedoch nur als Unterhaltsaufwendungen im Rahmen der Höchstbeträge berücksichtigt. Nach dem Urteil des Bundesfinanzhofes ist dieses Verfahren jedoch nicht zulässig. Auch Unterbringung und Verpflegung gelten als außergewöhnliche Belastungen.

1.2 Preisinformation für Kurzzeit- oder Verhinderungspflege

Alle Pflegebedürftigen, die bereits Pflegeleistungen der Pflegekasse erhalten oder direkt von einem Krankenhaus (Überleitungsantrag muss gestellt sein) in eine vollstationäre Einrichtung gehen wollen, bietet sich die **Kurzzeitpflege** an. Die Kurzzeitpflege wird von den Pflegekassen finanziell unterstützt. Es werden für Pflegeleistungen bis zu 1.470,00 € bis zu vier Wochen im Jahr von der Pflegekasse bezahlt. Wie lange Sie in einer Einrichtung verweilen können, um die 1.470,00 € auszuschöpfen, hängt von den jeweiligen Tagessätzen ab. Bitte achten Sie bei Ihrer Planung darauf, dass Sie einen täglichen Eigenanteil von **31,82 €** bezahlen müssen. Dieser Eigenanteil ist mit den gesetzlichen Pflegekassen und den Einrichtungen festgelegt. Bei privaten Pflegekassen gibt es eventuell Unterschiede, die Ihnen Ihre Pflegekasse erklären wird.

Ein „anderes Angebot“ der Pflegekasse ist die **Verhinderungspflege**. Sie gliedert sich genauso auf wie die Kurzzeitpflege, die Voraussetzung ist jedoch, dass man mindestens seit einem Jahr Pflegeleistungen erhält. Die Verhinderungspflege wird geleistet, wenn die Kurzzeitpflege „aufgebraucht“ ist und die pflegende Person selbst verhindert ist, z. B. im Krankenhaus, Urlaub usw..

Pflegestufe	1	2	3
Tagessatz	75,83 €	87,94 €	96,22 €
Leistungen der gesetzlichen Pflegekassen	42,61 €	55,77 €	63,94 €
Täglicher Eigenanteil (Investitionskosten+ Unterkunft u. Verpflegung)	31,82 €	31,82 €	31,82 €
Wieviele Tage können ca. ausgenutzt werden?	28	26	22
Endpreis (Eigenanteil)	890,96	827,32 €	700,04 €

Der Eigenanteil ist bei allen gesetzlichen Pflegekassen festgelegt.

Die in dem Tagessatz enthaltenen bzw. nicht enthaltenen Leistungen können Sie dem Punkt 1.1. entnehmen.

2. Was benötige ich beim Einzug bzw. für einen Heimaufenthalt

Um Ihnen die Heimaufnahme so einfach wie möglich zu gestalten, gibt Ihnen diese Auflistung alle notwendigen Informationen über die benötigten Unterlagen. Wir bitten Sie diese am Tag des Einzuges vollständig im Büro abzugeben.

2.1 Unterlagen

- Vollständig ausgefüllter „Fragebogen zur Heimaufnahme“
- Vom zuletzt behandelten Arzt ausgefüllter „Ärztlicher Fragebogen“ mit „Pflegegraderfassungsbogen“
- Krankenversicherungskarte
- Pflegestufenbescheid bzw. Kostenübernahmebescheid der Pflegekasse bei Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege

Falls vorhanden:

- Rezeptgebührenbefreiungsausweis
- Kopie der Betreuerurkunde
- Unterlagen über Bestattungsvorsorge

Für Sozialhilfeempfänger:

- Kopie der Rentenmitteilung
- Vorläufiger Kostenübernahmebescheid

Bitte im Falle des Todes bereithalten:

- Personalausweis oder Reisepass
- Kopie der Heiratsurkunde evtl. Sterbeurkunde des Gatten (wenn keine Bestattungsvorsorge abgeschlossen wurde)
- Kopie der Geburtsurkunde (nur bei ledigen, wenn keine Bestattungsvorsorge abgeschlossen wurde)

Wichtiger Hinweis:

Wir bitten Sie für die ersten Tage nach dem Einzug ins Heim für die ausreichende Versorgung mit den notwendigsten Medikamenten zu sorgen, damit keine „Versorgungslücke“ entsteht.

Vorschlag zur Bewohner – Grundausrüstung!
Gesundheitszustand bitte beachten / Was wird wirklich gebraucht?

Damenkleidung	Menge		Menge
Unterhemden	7	Strickjacken	2
Schlüpfer	7	Wintermantel	1
Nachthemden	7	Bademantel	1
Strumpfhosen	5	Jogging-Anzug	2
Söckchen	4	Sommer- und Winterhut	1
Pullover Sommer/Winter	4	Feste Schuhe	1
Blusen Sommer/Winter	4	Sandalen	1
Röcke	3	Hausschuhe	1
Kleider	3		

Herrenkleidung	Menge		Menge
Unterhemden	7	Strickjacken	2
Unterhosen	7	Wintermantel	1
Pyjama	5	Bademantel	1
Socken	5	Jogging-Anzug	2
Hosenträger	2	Sommer- und Winterhut	1
Pullover Sommer/Winter	4	Feste Schuhe	1
Polo- oder T-Shirt	3	Sandalen	1
Oberhemden	4	Hausschuhe	1
Hosen	4	Sakko	1

Kosmetika

Prothesenbecher	Zahnputzbecher
Kukident	Zahncreme
Haarbürste/Kamm	Deo
3-Kopfrasierapparat z. B. Philishave	

Bettwäsche, Waschlappen und Handtücher werden vom Heim gestellt.

Bitte bringen Sie „**pflegeleichte Wäschestücke**“ mit (keine Wäsche, die Wollwaschgang oder Kaltwäsche bedarf). Wäschestücke die einer chemischen Reinigung bedürfen werden privat berechnet.

Bitte keine Textiltaschentücher.

Alle Wäschestücke sind mit Namensschildern zu versehen.

Wir bestellen für Sie die Wäschenamen auf Ihre Rechnung (144 Stk/ca. 21,60 €) und patchen diese dann für Sie kostenfrei ein.

Wäsche ohne Namen bitte zum Etikettieren im Büro oder bei der Stationsleitung abgeben. Schuhe und Hausschuhe bitte mit Namen versehen (evtl. mit wasserfestem Stift).

Wir waschen mehr als 1000 Wäschestücke am Tag. Bitte haben Sie Verständnis, wenn es bei dieser großen Menge zu einzelnen (z. B.) Namensverwechslungen kommen kann. Sollten Sie ein Wäschestück vermissen, bitten wir Sie, dies im Büro zu melden.

3. Welcher Heimplatz ist der richtige für mich?

Menschen, die sich im hohen Alter noch einmal ein neues Zuhause suchen müssen, weil sie pflegebedürftig sind, mit der Führung des eigenen Haushalts aufgrund altersbedingter Einschränkungen oder/und Krankheit überfordert sind, sehen sich einer Vielfalt von Angeboten gegenüber.

Wohnen im Heim wird von freigemeinnützigen und von privaten Trägern angeboten, wobei das Leistungsangebot sehr vielschichtig ist und die Entgelte ebenso unterschiedlich sind.

Um Unsicherheiten und Enttäuschungen zu vermeiden empfehlen wir Ihnen, sich möglichst viele Heime anzuschauen.

3.1 Stationäre Einrichtungen in Stadt und Landkreis Rosenheim

Seniorenheim Priental 83229 Aschau Tel.: 08052/90560	X Novalishaus Bad Aibling 83043 Bad Aibling Tel.: 08061/9050	Pensionistenheim Höllmüller & Sohn 83043 Bad Aibling Tel.: 08061/7245
„Haus Wittelsbach“ 83043 Bad Aibling Tel.: 08061/4900-0	X Pflegestift Bad Aibling 83043 Bad Aibling Tel.: 08061/9385-0	X Haus Linde 83093 Bad Endorf Tel.: 08052/4039-0
X Katharinenheim e. V. 83093 Bad Endorf Tel.: 08053/4060	„St. Martin“ 83075 Bad Feilnbach Tel.: 08066/1287	X „Aicherhof“ 83233 Bernau Tel.: 08051/89535
Senioreheim „Haus Wendelstein“ 83098 Brannenburg Tel.: 08034/30060	X „Haus Inntal“ 83098 Brannenburg Tel.: 08034/7117	X „St. Franziskus“ 83098 Brannenburg Tel.: 08034/70770
„St. Florian“ 83098 Brannenburg Tel.: 08034/4225	Alten- und Pflegeheim 83052 Bruckmühl Tel.: 08062/903-60	Senioren-Residenz Alpenland 83052 Bruckmühl Tel.: 08062/90450
X Altenpflegeheim Hering 83125 Eggstätt Tel.: 08056/806	Privates Altenpflegeheim Zettl 83125 Eggstätt Tel.: 08056/90220 / Tel.:08056/90550	X Alten-und Pflegeheim Feldk.- W. 83620 Feldkirchen-Westerham Tel.: 08063/2077-0
Altenpflegeheim Hofstetter 83126 Fischbach/Inn Tel.: 08034/90690	X Altenheim-Kloster der Marienschwestern 83126 Flintsbach Tel.: 08034/627	X Privates Altenpflegeheim Pohl 83257 Gollenshausen Tel.: 08054/7396
X Stephanihof 83128 Halfing Tel.: 08055/18900	Alpenpark 83088 Kiefersfelden Tel.: 08033/694921	X Christine 83088 Kiefersfelden Tel.: 08033/609563
„St. Peter“ 83088 Kiefersfelden-Mühlbach Tel.: 08033/92630	„Haus Lohholz“ 83059 Kolbermoor Tel.: 08031/2910	X „Haus Mangfall“ 83059 Kolbermoor Tel.: 08031/909850
„St. Franziskus“ 83059 Kolbermoor Tel.: 08031/29460	X ProVita 83059 Kolbermoor Tel.: 08031/304460	„Haus Gisela“ 83115 Neubeuern Tel.: 08035/984959

- | | | |
|---|--|--|
| X „St. Benedikt“
83131 Nußdorf
Tel.: 08034/4839 | „Heubergidyll“
83131 Nußdorf
Tel.: 08034/2168 | Veramed Seniorenheim
83131 Nußdorf
Tel. : 08034/90700 |
| Pflegeheim Klinghuber Margarete
83064 Pfraundorf
Tel.: 08035/2794 | „St. Josef“
83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051/68850 | X Kursana Marktresidenz Prien
83209 Prien am Chiemsee
Tel.: 08051/6050 |
| Pflegeheim Raubling
83064 Raubling
Tel.: 08035/1513 | Siebenbürgerheim Rimsting
83253 Rimsting
Tel.: 08051/9656812 | Finkenhof
83253 Rimsting
Tel.: 08051/96354-0 |
| X Ertlhof
83523 Rimsting
Tel.: 08053/40390 | RKS-Seniorenheim K pferling
83024 Rosenheim
Tel.: 08031/30970 | Bürgerheim St. Martin
83022 Rosenheim
Tel.: 08031/36960 |
| Pflegeheim „Rosenholz“ GmbH
83022 Rosenheim
Tel: 08031/356190 | Altenheim Elisabeth
83024 Rosenheim
Tel.: 08031/356450 | Tages-Pflege-Haus
83022 Rosenheim
Tel.: 08031/354343 |
| X „St. Bartholom “
83122 Samerberg
Tel.: 08032/98950 | Seniorenheim Samerberg
83122 Samerberg
Tel.: 08032/70770 | Altenheim Mangst
83122 T rwang
Tel.: 08032/98044 |
| „St. Konrad“
83512 Wasserburg am Inn
Tel.: 08071/92660 | Altenheim-Kloster „Maria Stern“
83512 Wasserburg am Inn
Tel.: 08071/5988-0 | „St. Jakobus“
83512 Wasserburg am Inn
Tel.: 08071/90770 |
| X St. Martin Pflegeheim
83564 Soyen
Tel.: 08072/371414 | | |

X Heime mit einer beschützenden Abteilung bzw. geschlossenen Einrichtung

Betreutes Wohnen

- | | | |
|--|---|--|
| Altenheim Amerang
83123 Amerang
Tel.: 0700/36536500 | Haus Edelweiß
83229 Aschau
Tel.:08052/956613 | Novalishaus Bad Aibling
83043 Bad Aibling
Tel.: 08061/9050 |
| Katharinenheim e. V.
83093 Bad Endorf
Tel.: 08053/4060 | Senioren-Residenz Alpenland
83052 Bruckmühl
Tel.: 08062/90450 | Seniorenwohngemeinschaft
83052 Götting
Tel.: 08062/725861 |
| Seniorenwohnanlage Halfing
83128 Halfing
Tel.: 08051/9656880 | Kurasana Marktresidenz Prien
83209 Prien
Tel.: 08051/6050 | Ludwigshöhe
83253 Rimsting
Tel.: 08051/9656880 |
| Kaiserhof Service-Wohnen
83022 Rosenheim
Tel.: 08031/1809520 | Betreutes Wohnen
83022 Rosenheim
Tel.: 08031/20570 | „Am Vogelherd“
83071 Schloßberg
Tel.: 08031/70730 |
| "Greinhof"
83512 Wasserburg
Tel.: 08071/926428 | | |

HAUS LOHHOLZ

Senioren-und Pflegeheim

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

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

Bitte Rückseite beachten!

Um die individuellen Bedürfnisse Ihres Angehörigen, bzw. Patienten größtmöglich zu erfüllen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen.

Wir bitten sie deshalb, die Fragen des nachstehenden Anamnesebogens zu beantworten. Die Anamnese ist am Pflegemodell "AEDL - Aktivitäten und existentielle Erfahrung des Lebens" nach Monika Krohwinkl orientiert, auf dem auch unser Pflegekonzept beruht.

Nur vom derzeit behandelnden Arzt auszufüllen:

I. Vor-und Zuname, Titel des Patienten	Vor- und Zuname / Titel		
II. Geburtsname,-datum,-ort des Patienten	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
III. Adresse des Arztes bzw. des Krankenhauses	Name/Straße		
	PLZ/Ort	()	
	Station	()	
	Arzt	()	
15. Geistig-seelische Störung oder Behinderung – Art -			
16. Diagnosen			
17. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?			
18. Geschlossene Unterbringung notwendig?	Ja, warum?	Nein	
19. Hinweise und Bemerkungen			
Ort/Datum	Unterschrift des Arztes	Stempel	

Von der(n) Pflegeperson(en) bitte ausfüllen:

	Ja	Nein	nähere Details
1. Kommunikation			
selbständiges Kommunikationsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einschränkungen der Sinnesorgane? (welche, Hörgerät...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Bewegung			
selbständige Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel zur Fortbewegung? (welche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dauerhaft bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte Rückseite beachten!

	Ja	Nein	nähere Details
3. Pflege			
selbständige Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Gewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Haut intakt? (z.B. Allergien, Ekzeme, Wunden?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Essen und Trinken			
selbständige Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfsmittel beim Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Eß- und Trinkgewohnheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PEG-Sonde angelegt, oder geplant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Ankleiden			
selbständiges kleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Ausscheiden			
selbständige Stuhlausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Harnausscheidung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden Hilfsmittel benutzt? (z.B. Katheter, Einlagen, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Besonderheiten? (z.B. Verstopfung, Stoma usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Schlafgewohnheiten			
Schlafstörungen? (welche, wie oft, z.B. nächtliches Aufstehen...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
besondere Schlafgewohnheiten? (z.B. Mittagsschlaf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelmäßige Einnahme von Schlafmedikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Umgebung			
Besteht eine erhöhte Sturzgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich, örtlich Orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
selbständige Medikamenteneinnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weglaufgefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Äußeres			
Wert auf gepflegtes äußeres Erscheinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Bisherige Lebensumstände			
Lebte die Person bis zur Heimaufnahme allein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11. weitere wichtige Informationen

Ort/Datum	Unterschrift der Pflegeperson
-----------	-------------------------------











HAUS LOHHOLZ

Senioren- und Pflegeheim

Fragebogen zur Heimaufnahme

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

Bitte Rückseite beachten!

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		Verwandtschaftsgrad
	Straße		ggf.  Fax,  Handy
	PLZ/Ort		(
	b) Vor- und Zuname		Verwandtschaftsgrad
	Straße		ggf.  Fax,  Handy
	PLZ/Ort		(
	c) Vor- und Zuname		Verwandtschaftsgrad
	Straße		ggf.  Fax,  Handy
	PLZ/Ort		(
3. Betreuer (gesetzlicher oder notariell beglaubigter Betreuer)	Vor- und Zuname		
	Straße		ggf.  Fax,  Handy
	PLZ/Ort		(
	Postvollmacht?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	ggf. weiterleiten an:
	Wirkungskreis der Betreuung		
4. Hausarzt	Vor- und Zuname		Fachgebiet
	Straße		ggf.  Fax,  Handy
	PLZ/Ort		(

Bitte Rückseite beachten!

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		Pflegestufe I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/>
	PLZ/Ort		Pflegestufe 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 € (Vermögensfreigrenze für Sozialhilfeempfänger) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
	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		(
	Sozialamt		
9. Bankverbindung	Kontoinhaber		Kontonummer
	Name der Bank		BLZ
10. Aufnahme / Unterbringung	Voraussichtliches Einzugsdatum/ Bei KZP von -bis:		Wünschen Sie (im Zimmer? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Dreibettzimmer
11. Bestattungsvorsorge	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		Name
	Straße, PLZ/Ort (
12. Ausweise	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"/>		
Ort	Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden	
Ort	Datum	Unterschrift des Betreuers oder/und Antragstellers	