











# 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

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	