



Informationen über die Heimaufnahme und Kosten für Pflege- und Betreuung im MichaelisHof Wohnen und Pflegen (Stand 01.01.2024)

Sehr geehrte Interessenten unseres Hauses,

vielen Dank, dass Sie sich für unser Haus MichaelisHof Wohnen und Pflegen interessieren.

Der MichaelisHof befindet sich in der Trägerschaft des Kreisverbandes der Arbeiterwohlfahrt Hof Stadt und Land e.V. und es werden 89 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 verfügt über moderne Technik und ein gemütliches Ambiente, ist zentral gelegen und gut mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Bei Interesse vereinbaren Sie bitte unter der Ruf-Nr. 09281-84022600 mit Frau Ott einen Termin, sie nimmt sich Zeit für alle Fragen und unterstützt Sie bei Ihren Anliegen.

Außerhalb der Verwaltungszeiten informieren wir Sie gerne auch unter www.awo-hof.de.

Auf den nachfolgenden Seiten haben wir für Sie vorbereitet:

- Ein Datenblatt mit persönlichen Fragen für die Aufnahme in den MichaelisHof
- Eine Aufstellung der aktuell gültigen Pflegesätze in den verschiedenen Pflegegraden (maßgeblich sind die jeweils aktuell gültigen Tarife und Preise)
- Ein lachsfarbenes Formular für die ärztliche Beurteilung Ihres Hausarztes oder des Krankenhauses
- Die Biographie-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 MichaelisHofs

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 | |
| | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | |
| Adresse | | | | | | | |
| Straße/Hausnr. | | | PLZ/ Ort | | | | |
| | | | | | | | |
| Angehörige (B) | | | | | | | |
| Name | | Vorname | | Telefonnummer | | E-Mail | |
| | | | | | | | |
| wie verwandt | | Rechnungsempfänger | | Rechnung per E-Mail | | Vorsorgevollmacht | |
| | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | |
| Adresse | | | | | | | |
| Straße/Hausnr. | | | PLZ/ Ort | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------------|--|-------------------------|----------|--------------------|--|-----------------|--|
| Gesetzlicher Betreuer | | | | | | | |
| Name | | Vorname | | Telefonnummer | | E-Mail | |
| | | | | | | | |
| Aufenthaltsbest. | | Einwillig.med. Behandl. | | finanz.Angelegenh. | | Behörden | |
| O JA O NEIN | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | | O JA O NEIN | |
| Adresse | | | | | | Entg.nahme Post | |
| Straße/Hausnr. | | | PLZ/ Ort | | | O JA O NEIN | |
| | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------|----------|---|--------------------|
| Finanzierung der Heimkosten | | | | | |
| über akt. Pflegesätze u. anfallende Kosten wurde informiert | | | | O JA O NEIN | |
| Selbstzahler | | O JA O NEIN | | | |
| Lastschrift erw. | | O JA O NEIN | | Vereinbarung lt. Betreuungsvertrag Anl.9/S.29 | |
| Sozialhilfeempf. | | O JA O NEIN | | Beantragt: O JA O 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 |
| Wenn ja, muss der Fernseher mit Prüfsiegel geprüft sein! | | | (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 in € | PG2 | PG3 | PG4 | PG5 |
|---|-------|-------|--------|--------|
| Pflege täglich | 82,04 | 98,22 | 115,08 | 122,64 |
| Kosten Verpflegung pro Tag | 14,14 | 14,14 | 14,14 | 14,14 |
| Kosten Unterkunft pro Tag | 13,30 | 13,30 | 13,30 | 13,30 |
| Kosten Investition im DZ pro Tag | 11,90 | 11,90 | 11,90 | 11,90 |
| Kosten Ausbildungsumlage pro Tag | 2,44 | 2,44 | 2,44 | 2,44 |
| Gesamtsatz pro Tag gerundet | 124 | 140 | 157 | 164 |
| Gesamtsatz im Monat (30,42) gerundet | 3767 | 4259 | 4772 | 5002 |
| minus Anteil Pflegekasse | 770 | 1262 | 1775 | 2005 |
| ergibt Selbstbeteiligung im Monat im DZ noch vor Abzug §43c SGB XI gerundet | 2997 | 2997 | 2997 | 2997 |

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 gerundet in € | PG2 | PG3 | PG4 | PG5 |
|--|------|------|------|------|
| 15% Abzug bei 0-12 Monaten in einer Pflegeeinrichtung | 2727 | 2727 | 2727 | 2727 |
| 30% Abzug bei 13- 24 Monaten in einer Pflegeeinrichtung | 2457 | 2457 | 2457 | 2457 |
| 50% Abzug bei 25 - 36 Monaten in einer Pflegeeinrichtung | 2097 | 2097 | 2097 | 2097 |
| 75% Abzug ab dem 37. Monat in einer Pflegeeinrichtung | 1647 | 1647 | 1647 | 1647 |

Den Zuschlag für ein Einzelzimmer können Sie gerne telefonsich erfragen.

Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege (unabhängig vom Pflegegrad)

Für Kurzzeitpflege bezahlt die Kasse 1774€ von der Pflegekasse. Auf dieser Basis erhalten Sie in unserem Haus 17 Tage Kurzzeitpflege.

Für Verhinderungspflege erhalten wir 1612€ von der Pflegekasse. Somit können wir 15 Tage Verhinderungspflege anbieten.

| Kosten für die Kurzzeitpflege in Euro | Kosten |
|--|---------------|
| Pflege pro Tag | 104,50 |
| Kosten Verpflegung pro Tag | 14,14 |
| Kosten Unterkunft pro Tag | 13,30 |
| Kosten Investition im DZ pro Tag | 11,90 |
| Kosten Ausbildungsumlage pro Tag | 2,44 |
| Gesamtsatz pro Tag | 146,28 |
| Gesamtsatz in 17 Tagen | 2486,76 |
| minus Anteil Pflegekasse | 1774,00 |
| Eigenanteil in 17 Tagen | 712,76 |
| Eigenanteil am Tag gerundet | 42 |

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 €

Preise sind gerundet und können je nach Zimmertyp variieren

Stand 01.01.2024

Änderungen vorbehalten

Ärztliche Beurteilung zur Aufnahme eines Bewohners in unsere Einrichtung

Daten der Einrichtung:

AWO MichaelisHof Wohnen und Pflegen, Enoch- Widmann-Str. 4, 95028 Hof,
Tel.: 09281 840220, FAX: 09281 8402299

Bewohnerdaten:

Name: Vorname: geb.:
Wohnadresse: Krankenkasse:
Größe: Gewicht: Pflegegrad:

Beurteilung der Tätigkeiten und Fähigkeiten

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



Differenzierte Fragen zur Person

| Tätigkeit / Fähigkeit | Ja | Nein |
|---------------------------------------|----|------|
| 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 Pürierte 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?



Wohnen und Pflegen

-
- 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?



Wohnen und Pflegen

- 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?



Wohnen und Pflegen

- 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/war 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?



Wohnen und Pflegen

-
- 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?



Wohnen und Pflegen

-
- 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?
-
-

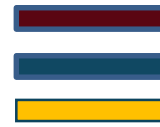
- Gibt es negative Ereignisse in Ihrem Leben über die sie nicht sprechen möchten?
-

Herkunft/Elternhaus

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

- Welchen Beruf hatten Ihre Eltern?
-

- Wann sind Ihre Eltern geboren?



Wohnen und Pflegen

-
- 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
