

## 1. Standort

Für welches unserer Seniorenzentren möchten Sie sich oder eine andere Person anmelden?  
(Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung direkt an den gewählten Standort – Adresse siehe letzte Seite.)

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Riehl                      | <input type="checkbox"/> Mülheim   | <input type="checkbox"/> Dellbrück                            |
| <input type="checkbox"/> Sülz (Dr. Ernst Schwering) | <input type="checkbox"/> Buchforst | <input type="checkbox"/> Bocklemünd/Mengenich (derzeit Riehl) |

Sollte zum gewünschten Zeitpunkt am gewählten Standort kein Zimmer frei sein, kommen auch folgende andere Standorte in Frage (mit der SBK-internen Weitergabe der Unterlagen bin ich einverstanden):

- |   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Riehl                      | <input type="checkbox"/> Mülheim   | <input type="checkbox"/> Dellbrück                            |
| <input type="checkbox"/> Sülz (Dr. Ernst Schwering) | <input type="checkbox"/> Buchforst | <input type="checkbox"/> Bocklemünd/Mengenich (derzeit Riehl) |

## 2. Art/Zeitraum

Langzeitpflege, gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

## 3. Aufzunehmende Person – persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## 4. Angehörige/Vertrauenspersonen/Bevollmächtigte/Betreuer\*innen

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Liegt eine Bevollmächtigung vor?  ja  nein

Gesetzliche\*r Betreuer\*in?  ja, Aktenzeichen Amtsgericht: \_\_\_\_\_  nein

Die Bestellung bzw. Vollmacht muss bitte in Kopie mit zugesandt oder nachgereicht werden.



---

**Fortsetzung Punkt 4: Hier können Sie weitere Vertrauenspersonen eintragen.**

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Liegt eine Bevollmächtigung vor?  ja  nein

Gesetzliche\*r Betreuer\*in?  ja, Aktenzeichen Amtsgericht: \_\_\_\_\_  nein

Die Bestellung bzw. Vollmacht muss bitte in Kopie mit zugesandt oder nachgereicht werden.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Liegt eine Bevollmächtigung vor?  ja  nein

Gesetzliche\*r Betreuer\*in?  ja, Aktenzeichen Amtsgericht: \_\_\_\_\_  nein

Die Bestellung bzw. Vollmacht muss bitte in Kopie mit zugesandt oder nachgereicht werden.

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz \_\_\_\_\_ Telefon Mobil \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis \_\_\_\_\_

Liegt eine Bevollmächtigung vor?  ja  nein

Gesetzliche\*r Betreuer\*in?  ja, Aktenzeichen Amtsgericht: \_\_\_\_\_  nein

Die Bestellung bzw. Vollmacht muss bitte in Kopie mit zugesandt oder nachgereicht werden.

---

## Aufzunehmende Person – weitere Informationen

**5. Pflegegrad**       1       2       3       4       5

## 6. Erkrankungen, Diagnosen, Besonderheiten

---

---

**7. Liegt eine Patientenverfügung vor?**       ja       nein

## 8. Krankenkasse/Pflegekasse

Name der Kasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ (10 Zeichen)

## 9. Hausärztin/Hausarzt

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Bitte lassen Sie den ärztlichen Fragebogen von der Hausärztin bzw. vom Hausarzt ausfüllen und senden Sie diesen ebenfalls an das gewünschte Seniorenzentrum (Adresse siehe letzte Seite).

## 10. Gewünschte Wohnform

Einzelzimmer       Doppelzimmer       Raucher\*in       Nichtraucher\*in

## 11. Finanzierung Eigenanteil

Erklärung zur Finanzierung des Eigenanteils der Pflegekosten nach Abzug der Kassenleistung.

Selbstzahler\*in (Zahlung aus Einkommen und Vermögen)

Anspruch auf Beihilfe

Notwendigkeit ergänzender Sozialhilfe ab Einzug

Vorheriger Bezug von Sozialhilfe

## 12. Monatliches Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



### 13. Antragssteller\*in

Der Antrag wird gestellt von ...

der aufzunehmenden Person selbst

dem/der Bevollmächtigten bzw. dem/der Betreuer\*in (Vorname, Name): \_\_\_\_\_  
(Kontaktdaten siehe unter 4.)

Ich versichere, dass die gemachten Angaben wahrheitsgemäß sind. Die benannten Vertrauenspersonen haben in die Verarbeitung ihrer Daten durch die SBK eingewilligt. Ich habe diese Personen über die Verarbeitung ihrer Daten bei den SBK informiert.

\_\_\_\_\_,  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/in)

Die Datenschutzinformationen der SBK sind unter [www.sbk-koeln.de/uber-uns/kundeninformation-datenschutz/](http://www.sbk-koeln.de/uber-uns/kundeninformation-datenschutz/) abrufbar. Auf Wunsch händigen wir Ihnen unsere Datenschutzinformationen auch in Papierform aus.

**Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung und mögliche Anlagen (ärztlicher Fragebogen, Vollmacht, Bestellung) per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail direkt an das gewünschte Seniorenzentrum. Ein Vertragsabschluss kommt hierdurch noch nicht zustande.**

**Seniorenzentrum Köln-Riehl**  
Boltensternstraße 16, 50735 Köln,  
Telefon 0221 7775-2003 & -2004  
Telefax 0221 7775-5904  
aufnahme.riehl@sbk-koeln.de

**Seniorenzentrum Köln-Buchforst**  
Kopernikusstraße 38, 51065 Köln  
Telefon 0221 88997-14  
Telefax 0221 88997-30  
aufnahme.buchforst@sbk-koeln.de

**Senioren- und Behindertenzentrum  
Köln-Mülheim**  
Tiefentalstraße 68-70, 51063 Köln  
Telefon 0221 7775-2103 & -2104  
Telefax 0221 7775-2109  
aufnahme.muelheim@sbk-koeln.de

**Seniorenzentrum Köln-Bocklemünd/Mengenich  
(Ausweichquartier Riehl)**  
Boltensternstraße 16, 50735 Köln  
Telefon 0221 7775-2003 & -2004  
Telefax 0221 7775-5904  
aufnahme.bocklemuend@sbk-koeln.de

**Seniorenzentrum Köln-Dellbrück**  
Dellbrücker Hauptstraße 100a, 51069 Köln  
Telefon 0221 7775-2402  
Telefax 0221 7775-2492  
aufnahme.dellbrueck@sbk-koeln.de

**Seniorenzentrum Dr. Ernst  
Schwering (Köln-Sülz)**  
Blankenheimer Straße 51, 50937 Köln  
Telefon 0221 992121-11  
Telefax 0221 992121-15  
aufnahme.suelz@sbk-koeln.de

\_\_\_\_\_ Köln

\_\_\_\_\_ Seniorenzentrum

\_\_\_\_\_ Sozial-Betriebe-Köln

Adressfeld für Fensterschläge  
Wählen Sie im Dialogfeld Drucken die Option „Tatsächliche Größe“