Anmeldung
Einzug Pflegeeinrichtung

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.)

☐ Riehl ☐ Mülheim ☐ Dellbrück
☐ Sülz (Dr. Ernst Schwering) ☐ Buchforst ☐ 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):

☐ Riehl ☐ Mülheim ☐ Dellbrück
☐ Sülz (Dr. Ernst Schwering) ☐ Buchforst ☐ Bocklemünd/Mengenich (derzeit Riehl)

2. Art/Zeitraum

☐ Langzeitpflege, gewünschter Einzugstermin: _____

☐ Kurzzeitpflege von _____ bis _____

3. Aufzunehmende Person – persönliche Daten

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Aktueller Aufenthaltsort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

4. Angehörige/Vertrauenspersonen/Bevollmächtigte/Betreuer*innen

Vorname _____ Name _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

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 _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

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 _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

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 _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

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 _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

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 Pflegkosten 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/ 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.riehl@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

Adressfeld für Fensterumschlage
Wählen Sie im Dialogfeld Drucken die Option „Tatsächliche Größe"

Sozial-Betriebe-Köln

Seniorenzentrum _____

_____

_____ Köln