



Adressfeld für Fensterumschläge

Wählen Sie im Dialogfeld Drucken die Option „Tatsächliche Größe“

Sozial-Betriebe-Köln

Seniorenzentrum _____

_____ Köln

Von der Patientin/dem Patienten oder deren/dessen Vertrauensperson auszufüllen.

Standort

Für welches unserer Seniorenzentren haben Sie sich bzw. Ihre/n Angehörige/n angemeldet?

- Riehl Mülheim Dellbrück
 Sülz (Dr. Ernst Schwering) Buchforst

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail an den gewählten Standort oder geben Sie ihn dort persönlich ab. Alternativ kann auch die Arztpraxis die Zustellung übernehmen. Kontaktdaten siehe letzte Seite.

Persönliche Daten der Patientin/des Patienten

Vorname _____ Name _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Straße _____ Hausnummer _____

PLZ _____ Wohnort _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich meine Ärztin/meinen Arzt, Frau/Herr

Vorname _____ Name _____

Telefon _____ E-Mail _____

Fachgebiet _____

von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Pflegeeinrichtungen sowie den Kostenträgern des Heimaufenthaltes.

_____,
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Antragsteller/in)

Bevollmächtigte/r Betreuer/in

Von der Ärztin/dem Arzt auszufüllen.

Diagnosen

Orientierung

persönlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zeitlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
örtlich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
situativ	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Mobilität

geh- und stehunfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Hilfe beim Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Benutzung von Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Wenn ja, welche:

motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Hinlauftendenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Ernährung

Hilfe beim Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Sondenkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Körperpflege

Urininkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Hilfen bei

Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
Waschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> zeitweise



Corona Schutzimpfung Anzahl: _____ Datum (letzte Schutzimpfung): _____

Coronainfektion/Genesen Anzahl: _____ Datum (letzte Genesung): _____

Bestand oder besteht eine Suchterkrankung

ja nein Wenn ja, welche: _____

Liegen ansteckende Krankheiten vor

ja nein Wenn ja, welche: _____

Bestehen Wundheilungsstörungen/Dekubitus

ja nein Wenn ja, welche/Grad: _____

_____,
(Ort) (Datum)

(Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes)

Hinweis an die Ärztin/den Arzt:

Bitte übergeben Sie den ausgefüllten ärztlichen Fragebogen Ihrer Patientin bzw. Ihrem Patienten oder deren/dessen Vertrauensperson oder senden Sie ihn per Post, Telefax oder als Anhang einer E-Mail direkt an das auf Seite 1 ausgewählte aufnehmende Seniorenzentrum.

Vielen Dank!

Anschrift der Seniorenzentren

Seniorenzentrum Köln-Riehl

Boltensternstraße 16, 50735 Köln,
Telefon 0221 7775-2003 & -2004
Telefax 0221 7775-5904
aufnahme.riehl@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

**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-Buchforst

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

Seniorenzentrum Köln-Dellbrück

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

Datenschutzhinweis

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.