



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

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

2. Art/Zeitraum

Langzeitpflege, gewünschter Einzugsstermin: _____

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 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/ 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
Boltens Sternstraße 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

_____ Köln

_____ Seniorenzentrum

Sozial-Betriebe-Köln

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