

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ★ 50823 KÖLN ★ TEL. 0221 – 71662-560

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.		
1. Zuname: (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)		
2. Vorname(n): (Rufname bitte unterstreichen)		
3. Aktuelle Adresse: (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet) _____ (Straße und Hausnummer) _____ (Postleitzahl) _____ (Wohnsitz, Gemeinde) Telefon: _____		
4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder Heim? (Name des Krankenhauses oder des Heims) _____ (Anschrift des Krankenhauses oder des Heims) Annahmetag: Aufnahmegrund:		
5. Frühere Unterbringung: (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?) _____		
6. Geburtsdaten: (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) geb. am: _____ in: _____		
7. Familienstand: _____ 8. Konfession: _____		
9. Staatsangehörigkeit: _____		
10. Gemeindemitglied Köln: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
11. Pflegegrad: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Einstufungsbescheid unbedingt beilegen.		
12. eingeschränkte Alltagskompetenz: (nach §87b SGB XI) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13. vollstationäre Pflege erforderlich: (Heimerforderlichkeit) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
14. Sondernahrung (PEG): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
15. Termin: (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?) _____		

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ★ 50823 KÖLN ★ TEL. 0221 - 71662-560

16. Angehörige:

a)	(Vor- und Zunahme)	(wie verwandt?)
	(Adresse)	(Telefon)
b)	(Vor- und Zunahme)	(wie verwandt?)
	(Adresse)	(Telefon)
c)	(Vor- und Zunahme)	(wie verwandt?)
	(Adresse)	(Telefon)

(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)

17. Betreuer:

(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen)	(Vor- und Zuname)
	(Straße und Hausnummer)
	(Telefon)

18. Rentenausweisnummer:

19. Krankenkasse:

20. Pflegekasse:

21. Mitgliedsnummer der Krankenkasse:

22. Zuzahlungsbefreit:	bei Arzneimitteln:
	bei Kuren, Transporten, Physiotherapie:

23. Name des Hausarztes:

Dr.:

Anschrift:

24. Selbstzahler: ja nein

25. Sozialamt: ja nein

(Kopie des Sozialhilfebescheides/Grundsicherung beilegen)

(Ansprechpartner)

(Anschrift)

(Telefon)

26. Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens (z.B. Rente)	Zahlende Stelle	Betrag in Euro

ELTERNHEIM DER SYNAGOGEN-GEMEINDE KÖLN

OTTOSTR. 85 ✶ 50823 KÖLN ✶ TEL. 0221 – 71662-560

27. Gewünschte Unterbringung: (Zutreffende bitte ankreuzen)

- Einzelzimmer
- Doppelzimmer

28. Diät notwendig? (Welche? Warum?)

29. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

30. Wer stellt diesen Antrag für den
Aufzunehmenden?

(Vor- und Zuname)

(Straße und Hausnummer)

(In welcher Eigenschaft?)

31. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Datum: _____ Unterschrift des Antragstellers: _____

Wenn nicht Personengleichheit, auch
Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Für Vermerke des Heims:

Stand: Januar 2017