

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

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)	<div style="border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;">(Straße und Hausnummer)</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-bottom: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"> (Postleitzahl) (Wohnsitz, Gemeinde) </div> <div style="border-bottom: 1px solid black;">Telefon:</div>
4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder Heim? <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;">(Name des Krankenhauses oder des Heims)</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; margin-top: 5px;">(Anschrift des Krankenhauses oder des Heims)</div> <div style="margin-top: 5px;">Annahmetag:</div> <div style="margin-top: 5px;">Aufnahmegrund:</div>	
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. Bescheid Kostenübernahme der Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> vorhanden (Kopie der Kostenübernahmeerklärung beilegen)	
14. Sondennahrung (PEG):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Termin: (Für wann wird die Kurzzeitpflege gewünscht?) von _____ bis _____	

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 die Kurzzeitpflege 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