

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)	
_____ (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)	
Aufnahmetag: _____	
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 §43b SGB XI)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. Bescheid Kostenübernahme der Kurzzeitpflege (Kopie der (Kostenübernahmeerklärung beilegen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 Zunahme)

 (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: März 2018