

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.	
1. <b>Zuname:</b> (Familienname, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. <b>Vorname(n):</b> (Rufname bitte unterstreichen)	
3. <b>Aktuelle Adresse:</b> (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. <b>Frühere Unterbringung:</b> (In einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?)	
6. <b>Geburtsdaten:</b> (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land / Staat angeben) geb. am: _____ in: _____	
7. <b>Familienstand:</b>	8. <b>Konfession:</b>
9. <b>Staatsangehörigkeit:</b>	
10. Gemeindemitglied Köln:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
11. <b>Pflegegrad:</b>	<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. <b>eingeschränkte Alltagskompetenz:</b> (nach §43b SGB XI)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
13. <b>vollstationäre Pflege erforderlich:</b> (Heimerforderlichkeit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
14. <b>Sondennahrung (PEG):</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. <b>Termin:</b> (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 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 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: März 2018