

**Franzstraße 16 • 50931 Köln-Lindenthal**  
**Tel 0221-940523-0 • Fax 0221-940523-57**

## Anmeldung zum Einzug in das Seniorenhaus/ die Hausgemeinschaften

Vorsorgliche Anmeldung

Dringende Anmeldung

### 1. Personendaten des zukünftigen Bewohners

Name	Geburtsname
Vorname	Titel
Straße Hausnummer	Telefon Nr.
PLZ Wohnort	
geboren am	in
Familienstand	Konfession
Kinder Anzahl	Staatsangehörigkeit

### 2. Rechnung an den Bewohner? 0 ja 0 nein Wenn nein, Rechnung an:

Name, Vorname, Titel
Straße Hausnummer
PLZ Wohnort

### 3. Betreuer oder Bevollmächtigter (Vollmacht oder Bestallungsurkunde als Kopie beifügen)

Name, Vorname, Titel	
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	
Handy Nr.	E-mail
Telefon Nr.	
Fax Nr.	

### 4. Zahlungsmodalität

<input type="radio"/> Bankeinzug bzw. Gutschrift <input type="radio"/> Überweisung	
Konto-Nr	Inhaber
IBAN	BIC
BLZ	Bank

### Vermerk des Seniorenhauses:

Einzug am \_\_\_\_\_ Zimmer \_\_\_\_\_ HG/Wohnbereich \_\_\_\_\_

Bettengeld ab \_\_\_\_\_ Bemerkungen:

## 5. Krankenkasse / Pflegekasse

Mitgliedsnummer \_\_\_\_\_

Status:  Mitglied  Familienversichert  Rentner  Privatversichert  
 Selbstzahler

Name der Kasse \_\_\_\_\_

Telefon Nr. der Kasse \_\_\_\_\_

Straße Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Pflegegrad des zukünftigen Bewohners

Pflegegrad beantragt

Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

(Bitte den Bescheid der Pflegekasse als Kopie beifügen)

Ist der Antrag auf **stationäre** Pflegeleistung gestellt?

ja  nein (Kopie bitte beifügen)

Liegt eine Inkontinenz vor?  Ja  Nein

Ich bin von der Zuzahlung befreit?  Ja ab \_\_\_\_\_  nein

Ich bin beihilfeberechtigt (50% oder 30%)?  Nein  Ja, zu \_\_\_\_\_%

## 6. Weitere Kostenträger

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- Einkommen
- Vermögen
- Pflegewohngeld
- Sozialhilfe

**Bitte ausgefüllte Erklärung zur Finanzierung des Heimaufenthaltes beifügen.**

## 7. Kriegsoferfürsorge

Ich erhalte Versorgungsbezüge vom Versorgungsamt

**Bitte Rentenbescheid beifügen!**

## 8. Angehörige

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

Bezug zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Straße Hausnummer

PLZ Wohnort

Telefon Nr. privat

Telefon Nr. mobil

Telefon Nr. dienstlich

Fax Nr.

E-mail

## 9. Hausarzt

Titel, Name	Telefon Nr
Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Übernimmt der Hausarzt auch weiterhin die Versorgung?  Ja  Nein

## 10. Fachärzte

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Fachrichtung	Telefon Nr.
Titel, Name, Vorname	Fax
Straße Hausnummer	
PLZ Wohnort	

Die ärztliche Bescheinigung liegt der Einrichtung bereits vor  Ja  Liegt bei

## 11. Zimmerwunsch

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen</b>	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	<input type="radio"/> Doppelzimmer

Ort , Datum	Unterschrift des Pflegebedürftigen
Ort , Datum	Unterschrift des gesetzlichen Vertreters
Mit der Unterschrift bestätige ich zudem, dass mir die Informationen gem. § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (W BVG) schriftlich ausgehändigt wurden.	
<b>Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe, ob alle Fragen vollständig und inhaltlich korrekt beantwortet sind.</b>	

ja, bitte senden Sie mir Informationsmaterial über die Einrichtungen der Stiftung der Cellitinnen per E-Mail zu

