



CLARA-ELISEN-STIFT ZU KÖLN®

Kartäuserwall 26 * 50678 Köln * Tel. 0221- 33 60 20 * Fax 0221- 33 60 2-99
E-Mail: post@clara-elisen-stift-koeln.de

ANMELDUNG zur Heimaufnahme

BITTE BEACHTEN! Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einreichen!

Name	Vorname	Geburtsname	Geb.- Datum		
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>		
Geburtsort	Familienstand	Staatsbürgerschaft	Ort/Datum (Eheschließung)		
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>		
Konfession	Krankenkasse/Pflegekasse	Versichertennummer			
<hr/>	<hr/>	<hr/>			
Sind Sie von der Rezeptgebühr befreit? (bitte Befreiungsausweis in Kopie beifügen)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Wurde ein Antrag auf Leistung aus der Pflegeversicherung gestellt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Hat der Med. Dienst eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit vorgenommen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
Festgestellter Pflegegrad (bitte Kopie beifügen)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Sind Sie:	Nichtraucher <input type="checkbox"/>	Raucher <input type="checkbox"/>			
Derzeitige Adresse / Tel. / E-Mail:	<hr/>				
Sind oder waren Sie bereits in einem Heim?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
wenn ja in welchem?	<hr/>				
Wurde Ihnen unser Haus empfohlen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			
von wem?	<hr/>				

Wer stellt diesen Antrag?

Name / Anschrift

in welcher Eigenschaft?

Ab welchem Datum wird die Heimaufnahme gewünscht? _____

Angehörige:

(Ehegatte / Sohn / Tochter / Betreuer / Bruder / Schwester / Neffe / Nichte / Bekannte)

1) _____ Name / Anschrift / Tel. / E-Mail

2) _____ Name / Anschrift / Tel. / E-Mail

3) _____ Name / Anschrift / Tel. / E-Mail

4) _____ Name / Anschrift / Tel. / E-Mail

Zuletzt behandelnder Hausarzt:

Name / Anschrift / Telefon/Fax

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag €
	Barvermögen - anderes Vermögen	

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- Das oben angeführte Einkommen Zuzahlung aus Barvermögen
- Aus folgenden Einkommen: _____
- das zuständige Sozialamt in: _____
- Zusicherung liegt vor? Ja Nein
- Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt am: _____ Nein

Leistungen aus der Pflegeversicherung

Pflegegrad 2	805,00 €
Pflegegrad 3	1.319,00 €
Pflegegrad 4	1.855,00 €
Pflegegrad 5	2.096,00 €

Leistungszuschläge der Pflegeversicherung:

Verweildauer 0 – 12 Monate:	15 %
Verweildauer 13 – 24 Monate:	30 %
Verweildauer 25 – 36 Monate:	50 %
Verweildauer > 36 Monate:	75 %

Heimplatzkosten:

Pflegegrad	Pflegesatz <small>(seit 01.01.2025)</small>	Unterkunft & Verpflegung <small>(seit 01.01.2025)</small>	Investitionskosten <small>(ab 01.01.2026)</small>	Altenpflegeumlage <small>(ab 01.01.2026)</small>	Gesamt pro Tag <small>(ab 01.01.2026)</small>
2	84,00	49,04	23,19	5,68	161,91
3	100,89	49,04	23,19	5,68	178,80
4	118,51	49,04	23,19	5,68	196,42
5	126,43	49,04	23,19	5,68	204,34

Vor Antragstellung ist von dem Hilfesuchenden oder seinem Vertreter zu prüfen und festzustellen, inwieweit die wirtschaftliche Situation es erlaubt, die entstehenden Aufwendungen aus eigenen Mitteln zu bestreiten! Hierbei sind auch die Leistungen der Pflegekasse zu berücksichtigen. Falls das Sozialamt die Übernahme der ungedeckten Heimkosten ablehnt, oder das Einkommen in Verbindung mit der Zahlung der Pflegekasse zur Deckung der Heimkosten und eines angemessenen Taschengeldes nicht ausreicht, verpflichtet sich der Heimbewohner, seine Kinder oder Vollmachtinhaber, die Heimkosten einschließlich eines monatlichen Taschengeldes nach Vorlage einer Rechnung selbst zu zahlen!

(siehe Bürgschaftserklärung als Anlage zum Heimvertrag)

Verfügungsberechtigter mit Vollmacht:

Name / Anschrift: _____

Wurde eine Betreuung beantragt? Ja Nein

Verpflichtungserklärung für Selbstzahler

Der Heimbewohner, sein Vertreter oder Betreuer verpflichtet sich, bei Selbstzahlung der Heimkosten, für die pünktliche Überweisung Sorge zu tragen bzw. an dem Lastschriftverfahren teilzunehmen. Sollten die Mittel des Heimbewohners zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, wird die Differenz gezahlt von:

Name / Anschrift: _____

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt der Anmeldung bei.

DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, dass die stationäre Einrichtung meine personenbezogenen Daten erhebt, erfasst, speichert und verwendet zum Zweck des Anmeldeverfahrens.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

**Martin David
Geschäftsführung
Kartäuserwall 26
50678 Köln
E-Mail: martin.david@clara-elisen-stift-koeln.de**

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter:

<https://www.clara-elisen-stift-koeln.de>

Köln, den _____

Unterschrift Antragsteller/zukünftiger Bewohner/in: _____

Einzugsermächtigung

Um eine rechtzeitige Zahlung der Heimkosten zu gewährleisten, können Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilen.

Hiermit ermächtige ich das Alten- und Pflegeheim Clara Elisen Stift zu Köln bis auf Widerruf die monatlich anfallenden Heimkosten von meinem nachfolgenden Konto einzuziehen.

Kontoinhaber: _____

Anschrift der Bank oder Sparkasse: _____

IBAN _____

BIC _____

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber/Bevollmächtigter