



Bitte füllen Sie die Anmeldung vollständig aus.
Bei Fragen können Sie uns unter der Telefonnummer
0351 3138-559 erreichen.



*Betreuen
Pflegen
Rehabilitieren*

**cultus
ambulans**

Freiberger Straße 18
01067 Dresden
Tel.: 0351 3138-559
Fax: 0351 3138-561
E-Mail:
ambulanter.dienst@
cultus-dresden.de

Sprechzeiten
Montag bis Freitag
von 09:00
bis 15:00 Uhr

Anmeldung zum ambulanten Dienst

- Pflegesachleistungen/Verhinderungspflege
- Häusliche Krankenpflege
- § 37.3 Beratung, letztmalig am: _____
- Entlastungsbetrag

Versorgungsbeginn: _____

Klient:

Name, Vorname		Geburtsdatum
Anschrift		Adresszusatz/Etage Familienstand
Telefon 1	Telefon 2/Mobil	E-Mail

Versicherung:

Pflege-/Krankenkasse _____ Versicherungsnummer _____

Pflegegrad:

Pflegegrad 1
 Pflegegrad 2
 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4
 Pflegegrad 5
seit: _____
beantragt am: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

Ort (z.B. Häuslichkeit, Krankenhausstation, Reha) _____ Telefon _____

Anmeldung durch:

Name (z.B. Klient, Angehörige, Arzt, Sozialdienst) _____ Telefon _____

Kontakte:

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Homecare/Sanitätshaus: _____

Bisheriger Pflegedienst: _____

Angehörige/Bezugspersonen:

1. Bezug:

gesetzliche/r Betreuer/in

Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Beziehung

Anschrift

Telefon 1

Telefon 2/Mobil

E-Mail

2. Bezug:

gesetzliche/r Betreuer/in

Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Beziehung

Anschrift

Telefon 1

Telefon 2/Mobil

E-Mail

Hauptdiagnose/n: _____

Angebotsgestaltung:

Der Anmeldung werden folgende Unterlagen beigefügt:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Antrag Kombinationsleistungen | <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis | <input type="checkbox"/> Rezeptbefreiungskarte |
| <input type="checkbox"/> Antrag Verhinderungspflege | <input type="checkbox"/> Sozialhilfebescheid | <input type="checkbox"/> Generalvollmacht |
| <input type="checkbox"/> Budget Entlastungsbetrag | <input type="checkbox"/> Verordnung zur häuslichen Krankenpflege | <input type="checkbox"/> Betreuerurkunde |
| <input type="checkbox"/> Pflegegradbescheid | <input type="checkbox"/> Anmeldung Apotheke | <input type="checkbox"/> Patientenverfügung |

Erklärung der Klienten/-innen

Mit der Weitergabe der für die Anmeldung erforderlichen Daten bin ich

Name, Vorname

einverstanden und entbinde folgende mich behandelnde Ärzte:

gegenüber

1. der Cultus gGmbH

2. meiner Krankenkasse, Pflegekasse und/oder anderen zuständigen Kostenträgern

von der ärztlichen Schweigepflicht zur Sicherstellung der weiteren ärztlichen Behandlung und zur Antragstellung von Leistungen für die gewünschte ambulante pflegerische Betreuung.

In gleicher Weise entbinde ich die/den zuständige/-n Sozialarbeiter/-in und ggf. die Pflegekraft im Krankenhaus von ihrer/seiner Schweigepflicht, damit eine meinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechende pflegerische Versorgung organisiert werden kann.

Ich bin darüber informiert, dass Leistungen des ambulanten Pflegedienstes nur bei Vorliegen eines Pflegegrades und eines entsprechenden Budgets von Pflegesachleistungen erbracht und direkt mit der entsprechenden Pflegekasse abgerechnet werden können.

Für Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V übernehme ich den Eigenanteil, sofern keine Zuzahlungsbefreiung vorliegt.

Schweigepflichtentbindung

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die betreuenden Pflegepersonen und die Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Krankenkasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, soweit diese Stellen Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen benötigen.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent/-in, gesetzliche/-r Vertreter/-in

IK-Nummern:

SGB XI Leistungen: 461 408 219

SGB V Leistungen: 461 408 220