

# Anmeldung zum Einzug

- Tagespflege
- Vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege

für die Zeit vom:

bis:

**Für:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Familienstand

**Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Aufenthalt:** \_\_\_\_\_

**seit:** \_\_\_\_\_

(z.B. Krankenhaus/ Station/ Tel.)

**Wurden Sie in der Vergangenheit bereits durch die Cultus gGmbH versorgt?**

Nein

Ja, und zwar: stationär, ambulant, Kurzzeitpflege, Tagespflege (Nichtzutreffendes streichen)

**Anmeldung durch:** \_\_\_\_\_

Name (z.B. Sozialdienst im Krankenhaus, Altenhilfe, Angehörige)

**Ab wann wird ein Platz gewünscht?** \_\_\_\_\_

**Gewünschte Pflegeeinrichtungen:** \_\_\_\_\_

**Angehörige/ Bezugspersonen:**

1. *Ansprechpartner*

Name: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

privat

dienstlich

mobil

2. *Ansprechpartner*

Name: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

privat

dienstlich

mobil

**Interessent/in wird vertreten durch:**

gesetzliche/n Betreuer/in

Bevollmächtigte/n

**Aktenzeichen:**

Generalvollmacht

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

privat

dienstlich

mobil

**Ambulanter Pflegedienst:**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Finanzierung des Aufenthalts**

**Für:** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

**Pflegevergütung:**

Pflegegrad \_\_\_\_\_ liegt vor

Wurde beantragt am

**Unterkunft und Verpflegung/ Investitionskosten:**

Selbst (Rente/ Ersparnisse)

Sozialhilfe ist bewilligt

Wurde beantragt am

Sozialhilfe über KSV ist bewilligt

Wurde beantragt am

**Krankenkasse/Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

### Erklärung der Interessentin/ des Interessenten

Mit der Weitergabe der für die Anmeldung erforderlichen Daten bin ich, \_\_\_\_\_  
einverstanden und entbinde folgende mich behandelnde Ärzte:

---

---

---

gegenüber

1. 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 den gewünschten Pflegeplatz.

In gleicher Weise entbinde ich die/den zuständige/-n Sozialarbeiter/-in und ggf. die Pflegekraft im Krankenhaus von ihrer/seiner Schweigepflicht, damit ein meinen Wünschen und Bedürfnissen entsprechender Pflegeplatz gefunden werden kann.

**Ich wurde darüber aufgeklärt, dass im Falle einer bekannten Hinlauftendenz keine 24-Stunden-Beaufsichtigung möglich ist. Sollte diese Situation vorliegen, so ist durch den gesetzlichen Vertreter eine geschlossene Unterbringung nach § 1906 (1) BGB bei Gericht zu beantragen.**

Ich bin außerdem darüber informiert worden, dass Leistungen für vollstationäre Pflege und Kurzzeitpflege von der Pflegekasse und ggf. vom Sozialamt/KSV erst ab Antragstellung bewilligt werden. Die entsprechenden Anträge muss ich daher vor meinem Einzug in die Pflegeeinrichtung stellen. Für eine durch verspätete Antragstellung entstehende Finanzierungslücke der Heimkosten muss ich deshalb selbst aufkommen.

**Erklärung zum Aufenthalt in der Kurzzeitpflege: Ich bin beraten worden, dass ein Anspruch auf vollstationäre Pflege nach der Kurzzeitpflege nicht gewährleistet werden kann.**

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

\*)  Ich werde umgehend einen Antrag auf Sozialhilfe zu den Heimkosten stellen. Mir ist bekannt, dass ich dazu dem Sozialamt Unterlagen zur Feststellung meiner wirtschaftlichen und persönlichen Verhältnisse vorlegen muss.

\*)  Hiermit erkläre ich mich bereit, die Heimkosten aus eigenen Mitteln zu übernehmen, sofern diese nicht durch die Pflegekasse gezahlt oder in voller Höhe übernommen werden.

**Hinweis: Die Anmeldung allein berechtigt nicht zum Anspruch auf die Unterbringung in unseren Einrichtungen. Die Aufnahme erfolgt erst nach Vorliegen des Arztberichtes sowie der Prüfung und Genehmigung durch die Pflegedienstleitung!**

Ort, Datum

Interessent/-in/ gesetzliche/-r Vertreter/-in

Antrag auf Pflegeleistungen nach dem SGB XI

Versicherte/-r:

_____ Vorname Name	
_____ Geburtsdatum	
0351 3138555 _____ Telefon	
_____ Pflegekasse	_____ Versicherungsnummer
_____ Einrichtung der Cultus gGmbH	_____ Tag der Aufnahme
_____ Dauer des Aufenthalts	

- Antrag auf Tagespflege nach SGB XI**
- Antrag auf Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege nach SGB XI**

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in diesem Kalenderjahr bereits erhalten

ja, Tage: \_\_\_\_\_  nein

- Antrag auf Pflegegrad wurde gestellt am \_\_\_\_\_**
- Antrag auf (dauernde) vollstationäre Pflege nach SGB XI**

**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.

Dresden,  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/ gesetzliche/-r Vertreter/-in

**IK-Nummern:**

<b>Wohnpark Elsa Fenske:</b>	Kurzzeitpflege 511 422 763	Tagespflege 511 422 774	vollstationäre Pflege 511 422 752
<b>Haus Löbtau:</b>	Kurzzeitpflege 511 422 796	Tagespflege 511 422 809	vollstationäre Pflege 511 422 785
<b>An der Maille-Bahn:</b>	vollstationäre Pflege 511 422 821		
<b>Haus Olga Körner:</b>	vollstationäre Pflege 511 422 832		
<b>Fachpflegezentrum</b>	vollstationäre Pflege 511 413 352		