

Anmeldung Cultusambulant



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

Versorgungsbeginn: _____

Klient: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift Adresszusatz/Etage Familienstand

Telefon: _____
Telefon 1 Telefon 2 / Mobil E-Mail

Versicherung: _____
Pflege- / Krankenkasse Versicherungsnummer

Pflegegrad: _____ 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:

Unterstützungsmöglichkeiten durch Angehörige ggf. Zugehörige (z.B.: Tochter geht einkaufen, Nachbar holt täglich die Post)

Der Anmeldung werden folgende Unterlagen beigelegt:

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



Erklärung der Klient*innen

Mit der Weitergabe der für die Anmeldung erforderlichen Daten bin ich, Vorname Name 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.

Dresden,

Ort, Datum

Unterschrift Interessent/ gesetzliche/-r Vertreter/-in

IK-Nummern:

SGB XI Leistungen: 461 408 219

SGB V Leistungen: 461 408 220