

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Änderung der Pflegestufe (Höherstufung)
- Änderung der Pflegeleistung ab

Antragsdatum:

Eingangsstempel

<input type="text" value="_____"/> Name und Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers	<input type="text" value="___/___/____"/> Geburtsdatum
<input type="text" value="____"/> <input type="text" value="____"/> PLZ Ort	<input type="text" value="_____"/> Straße / Haus-Nr.
<input type="text" value="_____"/> Versichertennummer	<input type="text" value="_____"/> Telefonnummer**

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung**
(durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld**
(für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
- Kombinationsleistung**
(Pflegesachleistung und Pflegegeld u. ggf. teilst. Pflege)
- Tages- oder Nachtpflege**
(teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
- Vollstationäre Pflege,**
da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht mehr möglich ist

Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

● Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen / Bekannten nein ja Bitte angeben

1. Pflegeperson, Name und Anschrift

<input type="text" value="_____"/> Name, Vorname	<input type="text" value="___/___/____"/> Geburtsdatum
<input type="text" value="____"/> <input type="text" value="____"/> PLZ Ort	<input type="text" value="_____"/> Straße / Haus-Nr.
<input type="text" value="_____"/> Telefonnummer**	

2. Pflegeperson, Name und Anschrift

<input type="text" value="_____"/> Name, Vorname	<input type="text" value="___/___/____"/> Geburtsdatum
<input type="text" value="____"/> <input type="text" value="____"/> PLZ Ort	<input type="text" value="_____"/> Straße / Haus-Nr.
<input type="text" value="_____"/> Telefonnummer**	

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Grid for Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers

Grid for Versichertennummer

Versichertennummer

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

nein ja Bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

Form for Name, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr., seit / geplant ab

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit, Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden, sonstiger Schaden (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden) with checkboxes for nein/ja

Ich erhalte bereits / habe beantragt Pflegeleistungen

Sozialamt, ausländischer Leistungsträger, sonstiger Stellen z. B. Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt with checkboxes for nein/ja/beantragt, bitte angeben

* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Sozialamtes, des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

Form for Name, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr., Aktenzeichen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da

ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin / war, ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte, mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war with checkboxes for nein/ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Form for Name, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr., Aktenzeichen

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Grid for Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers

Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers

Grid for Versichertennummer

Versichertennummer

● Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen:

auf mein eigenes Konto auf ein anderes Konto

Grid for account details: Konto-Nr., Bankleitzahl, Name des Geldinstitutes

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend von der / vom Antragsteller/-in

Grid for contact details: Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr.

● Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Grid for doctor details: Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr., Telefonnummer**

● Einwilligungserklärung zur Information des Arztes:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei Bedarf das Pflegegutachten / Ergebnis der Begutachtung an meinen oben genannten Arzt übermittelt.

nein ja

Die Erteilung Ihres Einverständnisses erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihr Einverständnis, führt dies nicht zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung.

● Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung / einen Bevollmächtigten

die Betreuung wurde beantragt nein ja

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer /einen Bevollmächtigten nein ja*

* Kopie des Betreuungsausweises / Vollmacht beifügen!

Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Grid for caregiver details: Name, Vorname, PLZ, Ort, Straße / Haus-Nr., Telefonnummer**

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname der Antragstellerin / des Antragstellers

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

Einwilligungserklärung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)**

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ort und Datum Unterschrift der / des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Ich bitte den MDK, den Termin nicht mit mir, sondern meinem Betreuer / Bevollmächtigten abzustimmen.

● Die Pflege wird zur Zeit nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt

nein ja

Name und Anschrift

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Name, Vorname																							
<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>			
PLZ				Ort																			
Straße / Haus-Nr.												Telefonnummer**											

Erklärung

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson(en), Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung / Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum Unterschrift der / des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Dieser Antrag wurde von o. a. Betreuer / Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben ja nein

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 - 45b SGB XI) führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

** Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.