

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
 Höherstufungsantrag

_____ Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	
_____ PLZ, Ort	
_____ Versicherungsnummer	_____ Telefonnummer

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung**
(Pflegekraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld**
(für eine selbstbeschaffte Pflegeperson)
- Kombinationsleistung**
(Pflegesachleistung und Pflegegeld / ggf. teilstationär)
- Tages- oder Nachtpflege**
(teilstationäre Pflegeeinrichtung)
- vollstationäre Pflege**
(häusliche Pflege nicht mehr möglich)
- vollstationäre Pflege in einer Behinderteneinrichtung**

Die Pflege wird durchgeführt von meinem Ehegatten/in / Angehörigen / Bekannten

- ja nein

1. Pflegeperson, Name Anschrift

_____ Name, Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße / Hausnummer	_____ Telefonnummer
_____ PLZ, Ort	

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

2. Pflegeperson, Name Anschrift

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße / Hausnummer	Telefonnummer
PLZ, Ort	

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung nein ja, bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. Behinderteneinrichtung

Name der Einrichtung/Pflegedienst	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
	Seit / geplant ab

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufserkrankung

 nein ja

Versorgungsleiden / Kriegsschaden/Wehrdienstschaden

 nein ja

Sonstiger Schaden (z.B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)

 nein ja**Ich erhalte bereits / habe beantragt Pflegeleistungen**

Sozialamt

 nein ja beantragt, bitte angeben

Ausländischer Leistungsträger

 nein ja beantragt, bitte angeben

Unfallversicherungsträger/Versorgungsamt

 nein ja beantragt, bitte angeben

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

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
	Aktenzeichen

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

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

ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin / war

 nein ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte

 nein ja

mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war

 nein ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Aktenzeichen	

Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen: auf mein **eigenes** Konto auf ein **anderes** Konto

IBAN:
Name des Geldinstitutes

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

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon
Stellung zum Antragsteller/-in	

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelten Arzt:

Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

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.

 ja nein

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

 ja nein

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer / einen Bevollmächtigten

 ja nein

(Kopie des Betreuungsausweises / Vollmacht beifügen!)

Name und Anschrift des Betreuers/ Bevollmächtigten

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

Einwilligungserklärung (§18 Abs. 4 SGB XI)

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst (MD)

- 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 MD, den Termin nicht mit mir, sondern mit meinem Betreuer/Bevollmächtigten abzustimmen. Die Pflege wird zur Zeit nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt➤ ja nein

Name	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	Telefon

--	--

Name, Vorname der Antragstellerin/des Antragstellers

Versicherungsnummer

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. Änderungen 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 besten 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