

Vorname und Name _____

Straße und Hausnummer _____

PLZ und Wohnort _____

Versichertennummer _____

Geburtsdatum _____

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erst-/Neuantrag Höherstufungsantrag Änderung der Pflegeleistung ab _____

Ich beantrage

- Pflegesachleistung** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)
 Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
 Tages-/Nachtpflege (Stundenweise Versorgung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung)
- eine **Kombination** aus Pflegesachleistung Pflegegeld Tages-/Nachtpflege
- Vollstationäre Pflege** (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist)
 Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- die **Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung**

1. Ich habe einen gesetzlichen Betreuer/einen Bevollmächtigten: nein ja,

Name, Vorname, Telefon*, Anschrift des Betreuers, Bevollmächtigten

Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht ist beigefügt.

2. Ich lebe in einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung: nein ja, seit _____
3. Ich lebe mit weiteren Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt: nein ja
4. Ich habe Anspruch auf Beihilfe/Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:
 nein ja, von

Name, vollständige Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name: _____

Versichertennummer: _____

5. Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung:

Name, Anschrift und Telefonnummer*

Name, Anschrift und Telefonnummer*

Name, Anschrift und Telefonnummer*

6. Ich erhalte seit _____ /werde ab _____ erhalten:

professionelle Pflege von einem ambulanten Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege. Meine privaten Pflegepersonen sind:
(**Wichtig:** Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer* **aller** pflegenden Personen)

professionelle Pflege in folgender teilstationärer, vollstationärer Pflegeeinrichtung oder vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

7. Die Pflegebedürftigkeit ist Folge

eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit

nein

ja

eines Versorgungsleidens/eines Kriegsschadens/eines Wehrdienstschadens

nein

ja

eines sonstigen Schadens (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)

nein

ja

8. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen:

nein

ja, vom Unfallversicherungsträger

Versorgungsamt

Lastenausgleichsamt, wegen eines anerkannten Kriegsschadens

Sozialamt

sonstigen Leistungsträger: _____

Bescheide sind beigefügt.

Bescheide werden nachgereicht.

9. Ich habe bereits bei der Antragsstellung eine Pflegeberatung in Anspruch genommen:

nein

ja, am _____

10. Sofern ein Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erforderlich ist, soll der Termin abgesprochen werden mit

mir selbst

Frau/Herrn _____

Name, Anschrift, Telefonnummer*

Name: _____

Versichertennummer: _____

11. Für Überweisungen der Pflegekasse (z. B. im Falle der Gewährung von Pflegegeld) gilt folgende Bankverbindung:

Name des Geldinstituts

BIC*: *Diese Angaben finden Sie auf Ihrem Kontoauszug.

IBAN*:

Kontoinhaber (Vorname Name)

Adresse Kontoinhaber (falls nicht mit dem Versicherten identisch)

Datum und Unterschrift abweichender Kontoinhaber



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

Datenschutzhinweis

Die Angabe Ihrer personenbezogenen Daten ist freiwillig. Allerdings benötigen wir die hier erhobenen Daten, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen, kann es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen (§ 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch, 10. Buch - SGB X, § 94 SGB XI, § 60 SGB I).

Noch eine Besonderheit für beihilfeberechtigte Pflegebedürftige: Wird die Pflege durch eine ehrenamtliche Pflegeperson durchgeführt, für die im Rahmen ihrer Pflēgetätigkeit eine Rentenversicherungspflicht festgestellt wurde, muss die Pflegekasse die Daten der Pflegeperson an die Beihilfestelle melden.

Einwilligungserklärung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird im Antragsverfahren zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Zur Unterstützung und Beschleunigung Ihres Antrages werden durch den MDK - soweit dies vom MDK als erforderlich eingeschätzt wird und Sie einwilligen - Ihre behandelnden Ärzte in die Begutachtung mit einbezogen und z.B. für das Gutachten Angaben zu wichtigen Vorerkrankungen und Aussagen zu Ihrer Hilfebedürftigkeit eingeholt. Mit Ihrer Einwilligung können auch pflegende Angehörige bzw. Personen oder Pflegedienste befragt werden (§ 18 Abs. 4 SGB XI).

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass der MDK bzw. die Pflegekasse von meinen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte und Fremdbefunde anfordert. Das gilt unter der Voraussetzung, dass diese Daten für die Leistungsentscheidung erforderlich sind. Unterlagen, die bei der Pflegekasse eingehen, dürfen an den MDK weitergeleitet werden.

Die angeschriebenen Stellen und Personen entbinde ich ausdrücklich von der Schweigepflicht.

ja

nein



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

* Angabe ist freiwillig