

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erstantrag

Einstufung in einen höheren Pflegegrad

Änderung der Pflegeleistung ab

Name, Vorname **Pflegebedürftige/-r**

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Telefonnummer

PLZ und Ort

Pflegekasse:

Versichertennummer:

Ich habe eine/-n Betreuer/-in:

Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:

Name, Vorname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Wichtig! Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n. bzw. der Vollmacht zu, sofern noch nicht geschehen. Die weitere Kommunikation führen wir dann gern direkt mit Ihrer/-m Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n.

Ich beantrage hiermit oder beziehe bereits (bei Höherstufung) folgende Leistungen:

Pflegegeld

für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige

Pflegesachleistung

Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld

Tages- oder Nachtpflege

teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

Wird die Pflege zurzeit in Ihrem Haushalt durchgeführt?

nein

dann bitte nachfolgend
den anderweitigen Haus-
halt angeben

Name, Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Wird die Pflege von einem Pflegedienst, einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung durchgeführt?

nein

ja, bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes

Name Pflegedienst

Anschrift

Datum des Pflegebeginns

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

Anschrift

Datum des Pflegebeginns

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt:

nein

ja, bitte angeben

Sozialamt

Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)	ja/beantragt
Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden, usw.)	ja/beantragt
ausländischer Leistungsträger/Sonstiger Leistungsträger	ja/beantragt
Ich habe Anspruch auf Beihilfe* nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge.	ja/beantragt

* Ansprüche auf Beihilfe bestehen zum Beispiel, weil

- eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst ausgeübt wird/wurde,
- eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis eines Ehegatten/eines Elternteils bezogen wird oder
- der Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Pflegeleistungen an:

IBAN

Name der/-s Kontoinhabers/-in, falls abweichend von der/vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname:

Einwilligungserklärung

Die nachstehenden Einverständniserklärungen sind freiwillig. Hierbei geht es dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor allem darum, relevante und aktuelle Informationen, insbesondere zu den pflegebegründenden Erkrankungen und gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, zu deren Verlauf und zu durchgeführten Behandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erhalten. Mit der Einwilligung werden notwendige Auskünfte und Unterlagen eingeholt.

Ich willige ein (bitte ankreuzen),

dass der MDK meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt. Insoweit entbinde ich meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt von der (ärztlichen) Schweigepflicht,

Name, Vorname Behandelnde/-r Ärztin/Arzt

Anschrift

dass der MDK die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Die Einwilligungserklärung kann einzeln oder insgesamt mit Wirkung für die Zukunft in jeder Geschäftsstelle der _____ schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Datum

Unterschrift Versicherte/-r bzw. Betreuer/-in, Bevollmächtigte/-r oder gesetzliche/-r Vertreter/-in