

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Bitte füllen Sie den Antrag in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie ihn auf der letzten Seite – vielen Dank.

- Erstantrag
- Höherstufungsantrag

Personenangaben Pflegebedürftige/r

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. der/des Pflegebedürftigen

Anschrift, Telefon-Nr.*

Betreuer*in / Bevollmächtigte*r

Ich habe einen Betreuer*in / Bevollmächtigte*n

- Nein
- Ja (bitte Namen und Anschrift angeben und eine vollständige Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht beifügen)

Name, Vorname

Anschrift, Telefon-Nr.*

Beantragt wird folgende Leistung

- Pflegesachleistung** (z. B. durch eine Pflegefachkraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld** (für selbstbeschaffte Pflegepersonen/Pflegehilfe, z. B. Familienangehörige)
- Kombinationsleistung** (Pflegesachleistung und Pflegegeld)
- Vollstationäre Pflege**
- Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen**

Angaben Pflegeeinrichtung /-dienst

Name (Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung)

Anschrift (Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung)

Aufnahme der Leistung am / geplant am (Datum)

Telefon-Nr.*

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

- der Unfallversicherung dem Sozialamt
 sonstige Stelle: _____

Besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit und Pflege Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge?

- nein Ja, bei _____

Bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen!

Die/ der behandelnde Ärztin/ Arzt ist

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst (MD) zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Sofern Sie nicht damit einverstanden sind, streichen Sie bitte diesen Abschnitt durch.

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der häuslichen Pflege nach §§ 36, 37 und 38 SGB XI. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der häuslichen Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Geht dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats bei uns ein, gilt das Datum des Antragsvorgangs als Tag der Antragstellung. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI).

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen

Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. der/des Pflegebedürftigen

Anschrift

Telefon-Nr. (Festnetz)

Telefon-Nr. (Mobiltelefon)

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich
(z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

Angehörige*r Betreuer*in Pflegeperson

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Telefon-Nr. (Festnetz)

Telefon-Nr. (Mobiltelefon)

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MD noch informieren möchten: