



Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

- Erstantrag Höherstufungsantrag

Personalien

Name, Vorname, Geburtstag und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

Tag der Aufnahme

Grund der Aufnahme (bitte kurz Hintergründe schildern, z. B. Fehlen einer Pflegeperson)

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

- der Unfallversicherung dem Sozialamt
 sonstige Stelle:

Bitte Bescheid beifügen

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

- nein Ja, bei _____
Bitte Bescheinigung der Beihilfestelle beifügen

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes/ Facharztes

Telefon

Anschrift des Arztes

Falls Sie mit dem folgenden Abschnitt nicht einverstanden sind, streichen Sie diesen bitte durch. Sofern Sie die Einwilligung verweigern, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungserbringung führen (§ 66 SGB I).

Ich bin damit einverstanden, dass mein o.g. behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind. Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und meine Pflegekasse weitergeleitet wird.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten – bitte Nachweis beifügen

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir über Ihren Antrag auf vollstationäre Pflege gem. § 43 SGB XI entscheiden können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall auf Grund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.