

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name der/des Versicherten, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Versicherungsnummer _____

- Erstantrag
- Höherstufungsantrag
- Leistungen bei häuslicher Pflege
- Leistungen bei stationärer Pflege

Bankleitzahl _____ Kreditinstitut _____

Kontonummer _____ Kontoinhaber(in) _____

- Geldleistung
- Kombinationsleistung
- Sachleistung

Bei Nichtausschöpfen, wird ein anteiliges Pflegegeld gezahlt.

Die häusliche Pflege wird durchgeführt von:

Name der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistungen), Geburtsdatum der Pflegeperson _____

Anschrift der Pflegeperson (bei Geld- oder Kombinationsleistung) _____

Angehörige/r (auch wenn keine Pflegeperson angegeben ist) mit vollständiger Anschrift _____

Name und Anschrift des Pflegedienstes (bei Sachleistung oder Kombinationsleistung) _____

Die stationäre Pflege wird durchgeführt von:

Name des Heimes _____

Name der Kurzzeitpflegeeinrichtung _____

Anschrift des Heimes _____

Anschrift der Kurzzeitpflegeeinrichtung _____

Tag der Heimaufnahme _____

Beginn der Kurzzeitpflegeeinrichtung _____

Hilfebedarf besteht im Bereich:

- Ernährung
- Körperpflege
- Bewegung
- sonstiges _____

Bitte beachten Sie, dass Sie mindestens zwei Angaben ankreuzen.

Seit dem _____ war ich bei folgenden Pflegekassen versichert.

Ich erhalte bereits Pflegegeldleistungen ja nein

von der Unfallversicherung

vom Sozialamt

von sonstigen Stellen

(z.B. Versorgungsamt, Beihilfestelle)

Der behandelnde Arzt ist

Name des Hausarztes/Facharztes

Anschrift des Arztes

Gibt es für Sie einen Betreuer ja nein

gesetzlich bestellter Betreuer (Kopie des Betreuerausweises ist beizufügen) mit vollständiger Anschrift

Haben Sie einer Person eine Vollmacht erteilt, die Ihre Angelegenheiten regelt ja nein

Bevollmächtigter (Kopie der Vollmacht ist beizufügen) mit vollständiger Anschrift

X

Datum, Unterschrift des Versicherten/des gesetzlich bestellten Betreuers

Ich bin damit einverstanden, dass dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, im Auftrag der Pflegekasse von o.g. Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zu Verfügung gestellt werden, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind.

X

Datum, Unterschrift des Versicherten/des gesetzlich bestellten Betreuers

Zu unserer gesetzlichen Aufgabenerfüllung ist Ihr Mitwirken erforderlich. Die dazu erforderlichen Daten erheben wir aufgrund der §§ 7, 28 SGB XI in Verbindung mit § 60 SGB XI. Zur Prüfung Ihrer Leistungsansprüche ist Ihre Mitwirkung dringend erforderlich. Dazu gehört u.a. das vollständige Ausfüllen dieses Antrages.

Sie haben das Recht der Übermittlung des erstellten medizinischen Gutachtens nach § 76 SGBXI an andere Sozialleistungsträger - sollten Sie dort ebenfalls Pflegeleistungen beantragen - zu widersprechen.

Vermerk der Pflegekasse

X

Datum, Unterschrift des Versicherten/des gesetzlich bestellten Betreuers