

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Art des Antrags

 Erstantrag

 Einstufung in einen höheren Pflegegrad

 Änderung der Pflegeleistungen ab

Personalien der pflegebedürftigen Person

(ggf. Titel) Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

KV-Nummer

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

E-Mail

Daten zum Betreuer/Bevollmächtigten

 Ich habe einen Betreuer (bitte Kopie des Betreuer-Ausweises beifügen)

 Ich habe einen Bevollmächtigten (bitte Vollmacht beifügen)

(ggf. Titel) Name, Vorname




Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon

Gewünschte Leistungen angeben


 Ich beantrage folgende Leistungen
(Mehrfachnennung/Leistungskombinationen möglich)

 Pflegegeld

 Pflegesachleistung

 Tages-/Nachtpflege (teilstationäre Pflege)

 Vollstationäre Pflege

 Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Zusätzliche Angaben zu den gewünschten Leistungen



Die Pflegetätigkeiten werden durchgeführt von:

(ggf. Titel) Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon



Pflegedienst

(ggf. Titel) Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort



Pflegeheim/Tagespflegeeinrichtung/Einrichtung für behinderte Menschen

(ggf. Titel) Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

 Das beantragte Pflegegeld soll auf folgendes Konto überwiesen werden:

Kontoinhaber/in

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

IBAN

BIC

Geldinstitut

 **Ursachen der Pflegebedürftigkeit**

- Alter/Erkrankung
- Arbeitsunfall/Berufskrankheit
- Sonstiger Unfall (z.B. Autounfall)
- Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden
- Behandlungsfehler/Geburtshilfefehler

 **Andere Leistungsträger**

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen oder habe Leistungen beantragt

- von Leistungsträgern aus dem Ausland
- vom Sozialhilfeträger
- von einem anderen Leistungsträger



Name, Anschrift und Telefon des Trägers

(ggf. Titel) Name, Vorname

Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefon



Beamtenbeihilfe

Es besteht ein Anspruch nach beamtenrechtlichen Vorschriften auf Beihilfe/freie Heilfürsorge, da

- ich Beamtin/Beamter bin/war.
- mein/e Ehepartner/in Beamtin/Beamter ist/war.
- ein Elternteil Beamtin/Beamter ist/war.



Schweigepflichtentbindung

Ja Nein

Ich willige ein, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. MEDICPROOF die mich behandelnden Ärzte, Kliniken und Therapeuten sowie mich betreuende Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen in die Begutachtung einbezieht. Ich bin einverstanden, dass der MDK ärztliche Auskünfte und Unterlagen über wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, soweit sie für die Feststellung der Hilfebedürftigkeit von Bedeutung sind. Insoweit entbinde ich die die mich behandelnden Ärzte, Kliniken und Therapeuten sowie Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht. Ich willige zudem ein, dass der MDK die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.