

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname, Geburtsdatum des Pflegebedürftigen _____ Versicherungsnummer _____

Anschrift _____ Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____

Die Pflege wird ab _____

zuhause/ambulant durchgeführt. Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

Geldleistung *Name und Anschrift aller Pflegepersonen:* _____

Sachleistung *Name und Anschrift Pflegedienst:* _____

Kombinationsleistung *Name und Anschrift Pflegedienst:* _____

Name und Anschrift aller Pflegepersonen: _____

festes Verhältnis von Geldleistung und Sachleistung (Geldleistung ___%/ Sachleistung ___%)

Sachleistungen werden jeden Monat individuell in Anspruch genommen

Tages-/Nachtpflege *Name und Anschrift Einrichtung:* _____

Die Tages-/Nachtpflege wird notwendig:

weil sich meine Pflegebedürftigkeit kurzfristig verschlimmert hat.

damit meine Pflegeperson (teilweise) arbeiten gehen kann.

damit meine Pflegeperson (teilweise) entlastet wird.

damit meine noch vorhanden Fähigkeiten gefördert werden (aktivierende Pflege).

damit eine Vereinsamung verhindert wird / die soziale Kommunikation gefördert wird.

weil die ständige Beaufsichtigung nur für einige Stunden am Tag / in der Nacht notwendig ist.

Bankverbindung der pflegebedürftigen Person:

Name der Bank _____

IBAN* _____

BIC* _____

Kontoinhaber _____

(*Hinweis: IBAN und BIC finden Sie auf Ihrer Bankkarte bzw. auf Ihrem Kontoauszug)

im Heim/stationär durchgeführt. Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Name und Anschrift Einrichtung: _____

vollstationäre Pflege Name und Anschrift Heim: _____

Die Heimaufnahme wurde notwendig, weil:

eine Pflegeperson fehlt.

die Pflegeperson überfordert ist.

die räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich keine häusliche Pflege ermöglichen und auch nicht verbessert werden können.

Ich beantrage die Höhereinstufung.

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe solche beantragt

bei der Unfallversicherung

beim Sozialamt

beim Versorgungsamt

bei der Beihilfestelle

bei der Landesblindengeldstelle

bei einem ausländischem Leistungsträger

Mein behandelnder Arzt ist:

(Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes)

Beim Besuch des Gutachters möchte anwesend sein:

(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer)

Ich bin damit einverstanden, dass (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

a) der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) meinen behandelnden 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 die o. g. Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ja Nein

b) der MDK pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die sich an meiner Pflege beteiligen, befragt.

Ja Nein

c) Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, an den MDK weitergegeben werden dürfen.

Ja Nein

Bitte schicken Sie mir eine Kopie des Gutachtens.

Ja Nein

Datum

Unterschrift

Es unterschreibt, falls Versicherter nicht kann:

Ehegatte

Elternteil

Kind

Betreuer bzw. gesetzl. Vertreter
(bitte Vollmacht beilegen)

Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind in vorliegendem Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.