

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Erstantrag Höherstufungsantrag Änderung der Pflegeleistung ab _____

Personalien des Pflegebedürftigen

Name:	Geburtsdatum:
Vorname:	KV-Nummer:
Anschrift:	
Telefon:	

Daten zum Betreuer/ Bevollmächtigten

<input type="checkbox"/> Ich habe einen Betreuer (Falls der Fall: Bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen.
<input type="checkbox"/> Ich habe einen Bevollmächtigten (Falls der Fall: Bitte Kopie der Vollmacht beifügen.
Name, Vorname:
Anschrift:
Telefon:

Wenn die Voraussetzungen der Pflegegrade 2-5 vorliegen, beantrage ich folgende Leistungen

- Pflegegeld
- Pflegesachleistungen
- Kombinationsleistung
- Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflege)
- Vollstationäre Pflege
- Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Pflege wird durchgeführt von

<input type="checkbox"/> Ehepartner / Angehörigem / Bekanntem	
<input type="checkbox"/> angestellter Pflegekraft	
<input type="checkbox"/> einem Pflegedienst / Pflegeheim / einer Behinderteneinrichtung	
Name der Pflegeperson / des Dienstes / der Einrichtung:	
Anschrift:	
Geburtsdatum:	Krankenkasse:
Telefonnummer (für Rückfragen, freiwillige Angabe):	
seit wann/ab wann geplant:	

Die Pflegebedürftigkeit ist Folge von

<input type="checkbox"/> Arbeitsunfall / Berufskrankheit
<input type="checkbox"/> Versorgungsleiden / Kriegsschaden/Wehrdienstschaden
<input type="checkbox"/> Sonstigem Schaden (z.B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)

ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen oder habe Leistungen beantragt

<input type="checkbox"/> von ausländischen Leistungsträgern
<input type="checkbox"/> vom Sozialhilfeträger
<input type="checkbox"/> von anderen Leistungsträgern
Name, Anschrift, Aktenzeichen oder zuständigen Stelle:

Ich habe Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften, weil

<input type="checkbox"/> ich im öffentlichen Dienst beschäftigt war/bin.
<input type="checkbox"/> ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehepartners / meines Elternteils erhalte.
<input type="checkbox"/> mein Ehepartner / ein Elternteil im öffentlichen Dienst was/ist.

Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgendes Konto:

IBAN:
BIC:
Name des Geldinstituts:
Kontoinhaber (Name, Vorname):
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse:

Name, Vorname:
PLZ, Ort:
Straße:

Der Termin zur Begutachtung soll vereinbart werden mit:

Name, Vorname:
PLZ, Ort:
Straße:
Telefonnummer:

Schweigepflichtentbindung:

Ich erteile den mich behandelnden Ärzten, Therapeuten, Kliniken, mich betreuenden Pflegekräften und Pflegeeinrichtungen, die Berechtigung, dem MDK Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Erkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erteilen. Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Ich kann sie jederzeit widerrufen.

Datum und Unterschrift des Pflegebedürftigen / Bevollmächtigten / Betreuers