

Name, Vorname:	_____
Geburtstag:	_____
PLZ, Wohnort:	_____
Straße:	_____
Vers.-Nr.:	_____
Aktuelle Bankverbindung:	_____ (IBAN)
Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem Stammdatensatz hinterlegt werden?	
o ja o nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden	

Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag Höherstufungsantrag
- Umstellungsantrag (Umstellung der Pflegeleistung ab _____)

Leistungsart:

- Pflegegeld Pflegesachleistung Kombinationsleistung
- Vollstationäre Pflege Tages- oder Nachtpflege
- Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe
- Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45a/b SGB XI)
- die Pflege erfolgt in einer Pflege-Wohngemeinschaft („Pflege-WG“)

Hilfebedarf besteht im Bereich der

- Ernährung Bewegung Körperpflege Betreuung Sonstiges

Angaben zur Pflegesituation – Die Pflege wird erbracht von

Pflegeperson / Sozialstation / Pflegeheim (Name, Anschrift und Telefonnummer)

Name, Vorname: _____

Liegt ein Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Heilfürsorge vor?

(z.B. aus einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst / aus einer Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des Ehegatten bzw. eines Elternteils / aus einer Beschäftigung des Ehegatten bzw. eines Elternteils im öffentlichen Dienst)

Ja Nein

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit
Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden
Sonstiger Schaden (z.B. Unfall oder Behandlungsfehler)
Keine der oben genannten Ursachen

Pflegeleistungen werden bereits bezogen oder wurden beantragt beim

Sozialamt ja * nein
Ausländischer Leistungsträger ja * nein
sonstiger Stellen z.B.
Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt ja * nein

* Falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde, bitte Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Übersendung des MDK-Gutachtens gewünscht ja nein

Amtlich bestellte Betreuung / Vollmacht

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer
oder einen Bevollmächtigten ja * nein

* Falls Ja, bitte eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen.

Behandelnder Arzt:

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und die betreuenden Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit dieser Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag jetzt und in Zukunft (Änderung der Pflegesituation) benötigt.

Ort, Datum,

Telefonnummer

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers