

Versichertennummer:

Antrag auf Feststellung eines Pflegegrades

Erstantrag Höherstufungsantrag

Leistungsänderung ab _____

1. Persönliche Angaben zum Pflegebedürftigen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

2. Ich beantrage folgende Leistungen

- Pflegegeld** (z. B. Familienangehörige) **Pflegesachleistung** (: ~~ÖÖP~~ Pflegedienst oder Sozialstation) **Tages- oder Nachtpflege** (teilstationäre Pflegeeinrichtung)
- Kombination Pflegesachleistung/Pflegegeld**
- Vollstationäre Pflege**

3. Die Pflege wird durchgeführt von

Sozialstation oder Pflegedienst

Name der Sozialstation oder des Pflegedienstes

Anschrift der Sozialstation oder des Pflegedienstes

Pflegeperson

Pflegeperson 1:

Pflegeperson 2:

Name, Vorname

Name, Vorname

Anschrift

Anschrift

Telefonnummer / Fax / E-Mail*

Telefonnummer / Fax / E-Mail*

Name der Krankenkasse*

Name der Krankenkasse*

Pflegeeinrichtung

Ich wohne seit/ab _____
Datum

in

Name der Pflegeeinrichtung

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (mit Vorwahl)

4. Pflege-Begutachtung durch den MDK

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir um nachfolgende Angaben.

frühestmöglicher Begutachtungstermin: _____

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

_____ bis _____

_____ bis _____

5. Der behandelnde Arzt

Name, Vorname

Telefonnummer / Fax / E-Mail:

Anschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Verfügung stellt, soweit sie für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erforderlich sind.

6. Beihilfeansprüche

Ich habe als Beamter / Berufssoldat Ansprüche auf Beihilfe ja nein

- Falls ja: Eigener Beihilfeanspruch,
z. B. wegen Bezuges einer Beamten-, Witwenpension
 Beihilfeanspruch als Ehepartnerin/Ehepartner
(„berücksichtigungsfähige Angehörige“)

Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des ehemaligen Arbeitgebers

7. Weitere Leistungsansprüche

Ich erhalte bereits Pflegegeld, z. B. von der Unfallversicherung, dem Sozialamt, dem Versorgungsamt

- ja
 nein

8. Zahlung des Pflegegeldes

- auf mein eigenes Konto
 auf ein anderes Konto

Name, Vorname

Anschrift:

Daten des Kontoinhabers

IBAN

BIC

9. Vollmacht oder gesetzliche Betreuung?

Falls ja: Bitte tragen Sie hier den Namen und die Anschrift des Betreuers/des Bevollmächtigten ein:

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon (mit Vorwahl)

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen.

Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung oder Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Die Einzugsermächtigung gilt auch gegenüber den Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist.

Ort und Datum

Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

_____ Telefonnummer für Rückfragen

Datenschutzhinweis: Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.