

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datenschutzhinweis: Die Erhebung der Daten beruht auf §§ 36, 37, 38 und 43 SGB XI und ist zur rechtmäßigen Erfüllung unserer Aufgaben erforderlich. Zur Mitteilung der erfragten Angaben sind Sie nach § 60 SGB I verpflichtet. Die Angabe der Telefon-Nr. sowie die Einwilligung zur Datenerhebung bei Dritten sind freiwillig. Unterbleibt Ihre Mitwirkung, soweit diese nicht freiwillig ist, dürfen wir unsere Leistungen nach § 66 SGB I einschränken.

Zeilenmaß für Schreibmaschinen 1-fach

Name, Vorname des Versicherten	Geburtsdatum/Versichertennummer
<input type="text"/>	

Anschrift	Telefonnummer
<input type="text"/>	

Ich beantrage Leistungen bei häuslicher Pflege

<input type="checkbox"/> Sachleistung	<input type="checkbox"/> Geldleistung	<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung*
Kontonummer	Geldinstitut	Bankleitzahl
<input type="text"/>		
Kontoinhaber(in)		
<input type="text"/>		

Ich beantrage Leistungen bei vollstationärer Pflege

in Pflegeheimen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Die Pflege wird durchgeführt von

Name und Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheimes/der Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Name und Anschrift der Pflegeperson (bei Geldleistung)

Hilfebedarf besteht im Bereich

<input type="checkbox"/> der Ernährung	<input type="checkbox"/> der Körperpflege	<input type="checkbox"/> der Bewegung
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="text"/>	

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen

<input type="checkbox"/> von der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> vom Sozialamt	<input type="checkbox"/> von der Beihilfestelle
<input type="checkbox"/> von	<input type="text"/>	

Der behandelnde Arzt ist

Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung meine behandelnden Ärzte, insbesondere den Hausarzt, in die Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit einbezieht und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung wichtigen Vorerkrankungen sowie über Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt.

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. seines Bevollmächtigten

* Wenn Sie die Kombinationsleistung wählen, erhalten Sie die Geldleistung und die Sachleistung jeweils teilweise.