



Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag** *Eingangsstempel*
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad**
- Änderung der Pflegeleistung ab:** _____

Name, Vorname des Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
Anschrift	_____ Telefonnummer
Versichertennummer:	

Ich habe einen Betreuer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)
Ich habe einen Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Vollmacht beifügen)
Name, Vorname:		
PLZ:	Ort:	
Straße:		Telefonnummer:

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Pfllegesachleistung und Pflegegeld)
<input type="checkbox"/> Pfllegesachleistung (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation)
<input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim , weil <input type="checkbox"/> Pflege in der Häuslichkeit nicht mehr möglich ist <input type="checkbox"/> keine Pflegeperson vorhanden ist
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Wohnheim, Außenwohngruppe)
<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegezeit bitte zusätzlich ankreuzen, gilt nur für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit bis zu 6 Monaten beantragen wollen

Die Pflege wird durchgeführt von Ehegatten/Angehörigen*/Bekanntem

nein Ja * bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben:

Name, Vorname der **Pflegeperson**

Geburtsdatum

PLZ: Ort:

Strasse: Telefonnummer:

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt

Anschrift:

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst/Pflegeheim/Behinderteneinrichtung

Name des **Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung**

Anschrift

Datum seit wann (geplant ab)

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

- | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall/Berufskrankheit | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> sonstiger Schaden (z.B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja |

Ich habe beantragt/erhalte bereits Pflegeleistungen

- nein ja, vom
- Sozialamt
 - Unfallversicherungsträger
 - Versorgungsamt
 - sonst. Sozialleistungsträger:

Bescheide sind beigefügt

Bescheide werden nachgereicht

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge

- nein ja, da
- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war
 - ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte
 - mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift:

Für die Überweisung des Pflegegeldes ist die Angabe Ihrer Bankverbindung unbedingt erforderlich:

IBAN	BIC
Name des Geldinstituts:	
Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen	
Name, Vorname :	
PLZ:	Ort: Straße :
Bestätigung/Unterschrift des Pflegebedürftigen	

Einwilligungserklärung (§ 18 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI))

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Information zur Datenverarbeitung

Die Verarbeitung einschließlich der Erhebung von Daten ist nur zulässig, soweit sie zur Wahrnehmung unserer gesetzlichen Aufgaben erfolgt (§§ 67a und 67b Sozialgesetzbuch X). Neben den zur Anspruchsprüfung zu erhebenden Daten, bitten wir Sie, uns erweiterte Kontaktdaten zur Verfügung zu stellen, um eine schnelle und unbürokratische Kommunikation zu ermöglichen.

Wir informieren darüber, dass die Angabe der Daten freiwillig erfolgt. Zur Verarbeitung der erweiterten Kommunikationsdaten (Telefon-Nr., Email-Adresse) können Sie durch Angabe der Daten Ihre Einwilligung erteilen. Sie ist in jedem Fall unabhängig von der Anspruchsprüfung und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Lediglich die für die Anspruchsprüfung notwendigen Daten sind erforderlich, um einen Anspruch feststellen zu können.

Alle Daten werden nur für die Dauer der gültigen Aufbewahrungsfristen verarbeitet und anschließend gelöscht. Wir bitten Sie, uns die Richtigkeit der Angaben und Ihre Einwilligung durch Unterschrift zu bestätigen.

Ort, Datum **Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters**

Hinweis zum Datenschutz (§ 67a Absatz 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X)): Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI), § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt die Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 - 44 SGB XI) führen.

