

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

_____ Vorname und Name	_____ Versichertennummer
_____ Straße und Hausnummer	_____ Geburtsdatum
_____ PLZ und Wohnort	

Erst-/ Neuantrag     Höherstufungsantrag,     Änderung der Pflegeleistung ab \_\_\_\_\_  
**bisheriger Grad** \_\_\_\_\_

Bei Feststellung von mindestens Pflegegrad 2 wähle ich folgende Leistung/-en:

- Pflegesachleistung** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)  
 **Pflegegeld** (für eine private Pflegeperson, z.B. Familienangehörige)  
 eine **Kombination aus**     Pflegesachleistung     Pflegegeld     Tages-/Nachtpflege  
 **Vollstationäre Pflege** (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist)

Für einen Pflegegrad 1 treffen diese Leistungen nicht zu.

1. Ich habe einen gesetzlichen Betreuer/ einen Bevollmächtigten:     nein     ja,

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Telefon\*, Anschrift der Betreuerin/ des Betreuers, der/des Bevollmächtigten

**Kopie des Betreuerausweises/ der Vollmacht ist beigelegt.**

2. Ich lebe in einem Pflegeheim oder einer ähnlicher Einrichtung:     nein     ja, seit \_\_\_\_\_

3. Ich habe Anspruch auf Beihilfe/ Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen:     nein     ja, von

\_\_\_\_\_  
Name, vollständige Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

4. Mein behandelnder Arzt ist:

\_\_\_\_\_  
Name, Anschrift und Telefonnummer\*

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

5. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen:

nein

ja, vom

Unfallversicherungsträger

Versorgungsamt

Lastenausgleichsamt, wegen eines anerkannten Kriegsschadens

Sozialamt

sonstigen Leistungsträger: \_\_\_\_\_

Bescheide sind beigelegt.

Bescheide werden nachgereicht.

6. Sofern ein Hausbesuch durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) erforderlich ist, soll der Termin abgesprochen werden mit

mir selbst

Frau/ Herrn \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefonnummer\*

Für Überweisungen der Pflegekasse gilt folgende Bankverbindung:

IBAN

BIC

Name des Geldinstitutes

Kontoinhaber

Anschrift bei abweichendem Kontoinhaber (falls nicht identisch mit Antragsteller)



\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des/ der Versicherten/ Betreuers/ Betreuerin/  
Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreters

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

### **Datenschutzhinweis**

Die Angabe ihrer personenbezogenen Daten ist freiwillig. Allerdings benötigen wir die hier erhobenen Daten, um Ihren Antrag bearbeiten zu können. Sofern uns erforderliche Angaben und Daten nicht vorliegen, kann es bei der Leistungsgewährung zu Nachteilen führen (§ 67 a Abs. 3 Sozialgesetzbuch, 10. Buch – SGB X, § 94 SGB XI, § 60 SGB I).

### **Einwilligungserklärung**

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) wird im Antragsverfahren zur Feststellung Ihrer Pflegebedürftigkeit mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. Zur Unterstützung und Beschleunigung Ihres Antrages werden durch den MDK – soweit dies vom MDK als erforderlich eingeschätzt wird und Sie einwilligen – Ihre behandelnden Ärzte in die Begutachtung mit einbezogen und z. B. für das Gutachten zu wichtigen Vorerkrankungen und Aussagen zu Ihrer Hilfebedürftigkeit eingeholt. Mit Ihrer Einwilligung können auch pflegende Angehörige bzw. Personen oder Pflegedienste befragt werden (§ 18 Abs. 4 SGB XI).

Diese Einwilligungserklärung können Sie jederzeit mit Wirkung auf die Zukunft widerrufen.

Ich bin damit einverstanden, dass der MDK bzw. die zuständige Pflegekasse von meinen behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte und Fremdbefunde anfordert. Das gilt unter der Voraussetzung, dass diese Daten für die Leistungsentscheidung erforderlich sind. Unterlagen, die bei der zuständigen Pflegekasse eingehen, dürfen an den MDK weitergeleitet werden.

**Die angeschriebenen Stellen und Personen entbinde ich ausdrücklich von der Schweigepflicht.**

ja

nein



\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des/ der Versicherten/ Betreuers/ Betreuerin/  
Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreters