

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Datum _____

Mitglied: _____

KV-Nr.: _____

Betreuer/gesetzlicher Vertreter (bitte Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht beifügen):

Name: _____
Anschrift: _____
Tel.-Nr.: _____

Bankverbindung:

Kontoinhaber: _____
Kreditinstitut: _____
IBAN: _____
BIC: _____

- Erstantrag auf Leistungen der Pflegeversicherung**
- Antrag auf Änderung des Pflegegrades**

1. Ich beantrage ambulante Leistungen:

- Geldleistung** (Die Pflege wird von privaten Pflegepersonen sichergestellt)
- Sachleistung** (Die Pflege wird von einem zugelassenen Pflegedienst sichergestellt)
- Tages-/Nachtpflege** (Die Pflege wird in einer Tages- oder Nachtpflege-Einrichtung sichergestellt)
- Kombination von Sachleistung** (Pflegedienst) **und Geldleistung** (private Pflege)

Nimmt der Pflegebedürftige die ihm zustehende Sachleistung nur teilweise in Anspruch, erhält er daneben ein anteiliges Pflegegeld. Das Pflegegeld wird um den Prozentsatz vermindert, in dem der Pflegebedürftige Sachleistungen in Anspruch genommen hat. Ist das Ausmaß der Pflegesachleistung im voraus nicht benannt, kann nachträglich das anteilige Pflegegeld monatlich ermittelt und gezahlt werden. Hiermit stelle ich einen entsprechenden Antrag auf Berechnung und Zahlung des Pflegegeldes nach Rechnungsstellung durch den Pflegedienst und/oder die Tages-/Nachtpflege-Einrichtung.

- Ich beantrage die Umwandlung der nicht in Anspruch genommenen Pflegesachleistung bis zu max. 40 Prozent des Sachleistungshöchstanspruchs des jeweiligen Pflegegrades in Leistungen der nach Landesrecht anerkannten Angebote zur Unterstützung im Alltag.**



1.1 Die Pflegetätigkeiten werden ambulant durchgeführt von:

Name, Anschrift des Pflegedienstes und/oder der Tages-/Nachtpflege-Einrichtung:

Beginn der Pflege: ____ . ____ . ____

Name, Anschrift der privaten Pflegeperson: _____

Beginn der Pflege: ____ . ____ . ____

Hat Ihre private Pflegeperson einen Antrag auf Pflegezeit laut Pflegezeitgesetz (PflegezeitG) gestellt?

- Ja
 Nein

2. Ich beantrage stationäre Leistungen:

- Vollstationäre Pflege** (in einem vertraglich zugelassenen Pflegeheim)
 Kurzzeitpflege (in einer vertraglich zugelassenen Kurzzeitpflege-Einrichtung)
 Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Behindertenhilfe

Name, Anschrift der Pflegeeinrichtung: _____

Aufnahmetag: ____ . ____ . ____

3. Ich erhalte spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung:

- Ja
 Nein

4. Ich habe Anspruch auf Beihilfe / Heilfürsorge nach beamtenrechtlichen Vorschriften:

- Ja, Beihilfestelle: _____
 Nein

5. Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von (bitte entsprechenden Bescheid beifügen)

- dem Sozialamt der Unfallversicherung dem Versorgungsamt einem ausländischen Leistungsträger



Erklärung:

Der Umfang Ihrer Pflegebedürftigkeit wird durch medizinisch-pflegerisches Fachpersonal des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung oder durch unabhängige Gutachter festgestellt. In der Regel erfolgt die Begutachtung bei Ihnen zu Hause. Für die Gutachter ist es bei der Beurteilung Ihrer Pflegebedürftigkeit oftmals hilfreich, wenn sie von Ihren behandelnden Ärzten Auskünfte oder medizinische Unterlagen erhalten können.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte, die stationäre Pflegeeinrichtung sowie den von mir in Anspruch genommenen Pflegedienst von ihrer Schweigepflicht, soweit deren Unterlagen und Auskünfte zur Aufgabenerfüllung der Pflegekasse und/oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung und/oder eines unabhängigen Gutachters für den konkreten Einzelfall benötigt werden. Dieses Einverständnis gilt auch für eventuell erforderliche Nachuntersuchungen.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig. Erteile ich sie nicht, entstehen mir keine Nachteile hinsichtlich meiner Leistungsansprüche. Allerdings kann meine Versorgung ohne diese Erklärung unter Umständen nicht optimal und individuell auf meine Bedürfnisse angepasst erfolgen. Diese Erklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die für die Antragstellung von Sozialleistungen bei anderen Sozialleistungsträgern (z. B. beim Integrationsamt) benötigten Begutachtungsunterlagen dem entsprechenden Sozialleistungsträger auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass ich der Übermittlung jederzeit formlos widersprechen kann.

_____ Datum

_____ Telefonnummer

_____ Unterschrift der/des Pflegebedürftigen

Falls nicht möglich:

_____ Unterschrift der/des Bevollmächtigten

