

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____

Vers.-Nr.: _____

Aktuelle
Bankverbindung: _____ (IBAN)
Soll diese Kontonummer für künftige Anträge/Erstattungen für Sie in Ihrem
Stammdatensatz hinterlegt werden?
o ja o nein, bitte nur für diesen Antrag verwenden

Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag Höherstufungsantrag
- Umstellungsantrag (Umstellung der Pflegeleistung ab _____)

LEISTUNGSART:

- Pflegegeld** **Pflegesachleistung** **Kombinationsleistung**
Pflege durch Angehörige/Bekannte Pflegeeinsätze durch Sozialstation Pflege durch Anghörige/Bekannte
und Sozialstation
- Vollstationäre Pflege** **Pflege in einer** **Tages- oder Nachtpflege**
Einrichtung der Behindertenhilfe

VORVERSICHERUNGSZEITEN:

Bei welchen Krankenkassen waren Sie in den letzten 10 Jahren versichert?

vom _____ bis _____ Kranken- bzw. Pflegekasse: _____

vom _____ bis _____ Kranken- bzw. Pflegekasse: _____

Name, Vorname: _____

Angaben zur Pflegesituation – Die Pflege wird erbracht von

Pflegeperson / Sozialstation / Pflegeheim (Name, Anschrift und Telefonnummer)

Liegt ein Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften bzw. Heilfürsorge vor?

(z.B. aus einer Beschäftigung im öffentlichen Dienst / aus einer Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis des Ehegatten bzw. eines Elternteils / aus einer Beschäftigung des Ehegatten bzw. eines Elternteils im öffentlichen Dienst)

Ja

Nein

Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit

Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden

Sonstiger Schaden (z.B. Unfall oder Behandlungsfehler)

Keine der oben genannten Ursachen

Pflegeleistungen werden bereits bezogen oder wurden beantragt beim

Sozialamt

ja *

nein

Ausländischer Leistungsträger

ja *

nein

sonstiger Stellen z.B.

Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt

ja *

nein

* Falls eine der Fragen mit Ja beantwortet wurde, bitte Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen

Übersendung des MDK-Gutachtens gewünscht

ja

nein

Amtlich bestellte Betreuung / Vollmacht

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer

oder einen Bevollmächtigten

ja *

nein

* Falls Ja, bitte eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vollmacht beifügen.

Behandelnder Arzt:

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte und die betreuenden Pflegepersonen von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), soweit dieser Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag jetzt und in Zukunft (Änderung der Pflegesituation) benötigt.

Ort, Datum,

Telefonnummer

Unterschrift des Versicherten oder des Betreuers