
Vorname und Name

Straße und Hausnummer

PLZ und Wohnort

Versichertennummer

Geburtsdatum

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Erst-/Neuantrag Höherstufungsantrag Änderung der Pflegeleistung ab _____

Ich beantrage

- Pflegesachleistung** (durch Pflegekräfte von ambulanten Pflegediensten)
 Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
 Tages-/Nachtpflege (Stundenweise Versorgung in einer teilstationären Pflegeeinrichtung)
- eine **Kombination** aus Pflegesachleistung Pflegegeld Tages-/Nachtpflege
- Vollstationäre Pflege** (da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist)
 Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen
- die **Feststellung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung**

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

Name, Vorname, Telefon*, Anschrift des Betreuers, Bevollmächtigten

Kopie des Betreuerausweises/der Vollmacht ist beigefügt.

2. Ich lebe in einem Pflegeheim oder einer ähnlichen Einrichtung: nein ja, seit _____

3. Ich lebe mit weiteren Pflegebedürftigen in einem gemeinsamen Haushalt: nein ja

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

nein ja, von

Name, vollständige Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name: _____

Versichertennummer: _____

5. Ich bin bei folgenden Ärzten in Behandlung:

Name, Anschrift und Telefonnummer*

Name, Anschrift und Telefonnummer*

Name, Anschrift und Telefonnummer*

6. Ich erhalte seit _____ /werde ab _____ erhalten:

professionelle Pflege von einem ambulanten Pflegedienst

Name und Anschrift des Pflegedienstes

familiäre, nachbarschaftliche oder ehrenamtliche Pflege. Meine privaten Pflegepersonen sind:
(**Wichtig:** Vorname, Name, Anschrift und Telefonnummer* **aller** pflegenden Personen)

professionelle Pflege in folgender teilstationärer, vollstationärer Pflegeeinrichtung oder vollstationärer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung

7. Die Pflegebedürftigkeit ist Folge

eines Arbeitsunfalls/einer Berufskrankheit

nein

ja

eines Versorgungsleidens/eines Kriegsschadens/eines Wehrdienstschadens

nein

ja

eines sonstigen Schadens (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)

nein

ja

8. 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 beigefügt.

Bescheide werden nachgereicht.

9. Ich habe bereits bei der Antragsstellung eine Pflegeberatung in Anspruch genommen:

nein

ja, am _____

10. 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*

