

Pflegekasse

Name:

Ihr Zeichen:

Leistungen der Pflegeversicherung

Ihr Schreiben vom:

Angaben zur/zum Pflegebedürftigen

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen.

Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
E-Mail:	Telefon:
Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ):	Versichertennummer:

Angaben zum Antrag

Bitte teilen Sie uns mit, um welchen Antrag es sich handelt.

Erstantrag auf einen Pflegegrad	Höherstufungsantrag
---------------------------------	---------------------

Angaben zur Pflegeleistung

Bitte geben Sie die Pflegeleistung an.

Pflegesachleistung - <i>Pflege durch einen Pflegedienst</i>	Pflegegeld - <i>Pflege durch Angehörige/Bekannte</i>
vollstationäre Pflege - <i>Pflegeheim</i>	Tages- und Nachtpflege - <i>Teilstationäre Pflege</i>
Kombinationsleistung - <i>Pflege durch einen Pflegedienst und durch Angehörige/Bekannte</i>	vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen

Pflegekasse

Name:

Ihr Zeichen:

Angaben zur Pflegeperson 1

Bitte ausfüllen, wenn Pflegegeld oder Kombinationsleistungen gewünscht sind.

Bitte machen Sie Angaben zur Pflegeperson 1.

Name der Pflegeperson:	
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	

Die Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber Pflegezeit angekündigt oder mit ihrem Arbeitgeber einen Familienpflegezeit vereinbart.

Pflegeperson 1 bezieht eine Vollrente wegen Alters.

Angaben zur Pflegeperson 2

Bitte machen Sie Angaben zur Pflegeperson 2.

Name der Pflegeperson:	
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	

Die Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber Pflegezeit angekündigt oder mit ihrem Arbeitgeber einen Familienpflegezeit vereinbart.

Pflegeperson 2 bezieht eine Vollrente wegen Alters.

Pflegesachleistungen

Folgenden Pflegedienst habe ich beauftragt bzw. werde ich beauftragen:

Name des Pflegedienstes:	
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Telefon:	

Ich habe noch keinen Pflegedienst gefunden.

Bitte teilen Sie mir mögliche Pflegedienste in meiner Nähe mit.

Pflegekasse

Name:

Ihr Zeichen:

Angaben zur (Teil) - Stationären Pflege

(Tages-/Nachtpflege, Vollstationäre Pflege, Vollstationäre Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen)

Name der Einrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Übertragung von Ansprüchen aus den Pflegeleistungen

Ich möchte einen Teil des Sachleistungsanspruches für anerkannte Angebote zur Unterstützung im Alltag in Anspruch nehmen (z.B. Demenzcafé, Betreuungsnachmittag).

Ja

Nein

Angaben zu den Ursachen der Pflegebedürftigkeit

Wenn keine der Aussagen zutrifft, brauchen Sie hierzu keine Angaben machen.

Info: Alter und Krankheit benötigen keine Angaben.

Es handelt sich um eine Berufskrankheit oder um Folgen eines Arbeits-/Schulunfalls.

Es handelt sich um einen Behandlungsfehler oder um Folgen eines Pflegefehlers.

Die Erkrankung ist Folge eines sonstigen Unfalls.

Angaben zur Pflegeversicherung

Diese Angaben brauchen wir nur, wenn innerhalb der letzten 10 Jahre ein Wechsel der Pflegeversicherung stattgefunden hat.

Name und Ort der Versicherung:

Versichertennummer:

Angaben zu Leistungsbezügen

Ansprüche durch Verbeamtung, Ehepartner oder Elternteil.

Es besteht nach beamtenrechtlichen Vorschriften Anspruch auf Beihilfe oder Heilfürsorge.

Name und Ort der Beihilfestelle:

Mitgliedsnummer bzw. Aktenzeichen:

Pflegekasse

Name:

Ihr Zeichen:

Ich erhalte bereits vergleichbare Pflegeleistungen von anderen in- oder ausländischen Stellen
oder habe derartige Leistungen beantragt:

Nein

Ja, vom

gesetzlichen Unfallversicherungsträger

Versorgungsamt (Bundesversorgungsgesetz)

Lastenausgleichsamt (Krieg-/Wehrdienstschaden)

Sozialamt

sonstige Leistungsträger

Bevollmächtigung oder Betreuung

Für mich ist ein(e) amtliche(r) Betreuer(in) bestellt.

Ja

Nein

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n).

Ja

Nein

Name der/des Betreuerin/Betreuers oder Bevollmächtigten:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Angaben zum behandelnden Arzt

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Angaben zur Bankverbindung

Bitte teilen Sie uns Ihre Bankverbindung mit, damit wir Ihnen ggf.
den Betrag für die Pflegeleistung überweisen können.

IBAN:

Bankinstitut:

Abweichende/r Kontoinhaber/in:

Name:

Ihr Zeichen:

Angaben für Rückfragen

Telefon *(freiwillige Angabe)*:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind.
Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Ort, Datum

Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Nur wer das 15. Lebensjahr vollendet hat, kann selbst Anträge auf Sozialleistungen stellen.

Hinweis bei minderjährigen Kindern: Sofern es mehr als eine/n Sorgeberechtigte/n gibt, der/die auch für die Pflege das Sorgerecht hat, ist eine vorherige — schriftliche oder mündliche — Zustimmung dieses/dieser Sorgeberechtigten zu diesem Antrag erforderlich. Mit der Unterschrift erklären Sie, dass diese Zustimmung erfolgt ist.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen.
Die Rechtsgrundlage hierfür ist § 94 SGB XI.