

Optional  
Name der Pflegekasse

Optional  
**Name der Pflegekasse**

### Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Änderung der Pflegestufe (Höherstufung)
- Änderung der Pflegeleistung ab    \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_

**Antragsdatum:** \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_

_ _ _ _ _ Name und Vorname des Antragstellers	_ _ . _ _ . _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _    _ _ PLZ                    Ort	_ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ Versicherungsnummer	_ _ _ _ _ Telefonnummer**

#### Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

- Pflegesachleistung**  
(z. B. durch eine Pflegekraft eines Pflegedienstes)
- Pflegegeld**  
(für eine selbstbeschaffte Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
- Kombinationsleistung**  
(Pflegesachleistung und Pflegegeld)
- Tages- oder Nachtpflege**  
(teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
- Vollstationäre Pflege,**  
da eine Pflege im häuslichen Bereich nicht möglich ist
- Vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen**

● **Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen / Bekannten**     nein     ja bitte angeben

#### 1. Pflegeperson, Name und Anschrift

_ _ _ _ _ Name, Vorname	_ _ . _ _ . _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _    _ _ PLZ                    Ort	_ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ Telefonnummer**	_ _ _ _ _ Telefonnummer**

#### 2. Pflegeperson, Name und Anschrift

_ _ _ _ _ Name, Vorname	_ _ . _ _ . _ _ _ _ Geburtsdatum
_ _ _ _ _    _ _ PLZ                    Ort	_ _ _ _ _ Straße
_ _ _ _ _ Telefonnummer**	_ _ _ _ _ Telefonnummer**

Name, Vorname

\*\* Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

● Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

nein  ja bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes, des Pflegeheimes bzw. der Behinderteneinrichtung

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

\_\_\_\_\_

Straße seit / geplant ab

● Ursachen der Pflegebedürftigkeit:

Arbeitsunfall / Berufskrankheit  nein  ja

Versorgungsleiden / Kriegsschaden / Wehrdienstschaden  nein  ja

sonstiger Schaden (z. B. Unfall, Behandlungsfehler, Geburtsschaden)  nein  ja

● Ich erhalte bereits / habe beantragt Pflegeleistungen

Sozialamt  nein  ja\*  beantragt, bitte angeben

ausländischer Leistungsträger  nein  ja\*  beantragt, bitte angeben

sonstiger Stellen z. B.  
Unfallversicherungsträger / Versorgungsamt  nein  ja\*  beantragt, bitte angeben

\* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.

Name, Anschrift und Aktenzeichen des Sozialamtes, des ausländischen Trägers, des Unfallversicherungsträgers bzw. des Versorgungsamtes

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

\_\_\_\_\_

Straße Aktenzeichen

● Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da

ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin / war  nein  ja

ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten / eines Elternteils erhalte  nein  ja

mein Ehegatte / ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist / war  nein  ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

PLZ Ort

\_\_\_\_\_

Straße Aktenzeichen

\_\_\_\_\_

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer

● Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen:

auf mein **eigenes** Konto     auf ein **anderes** Konto

_____	_____
Konto-Nr.:	Bankleitzahl
_____	
Name des Geldinstitutes	

**Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen**

_____	
Name, Vorname	
_____	_____
PLZ	Ort
_____	
Straße	

● Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

**Name und Anschrift des Hausarztes bzw. behandelnden Arztes**

_____	
Name, Vorname	
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____
Straße	Telefonnummer**

● Einwilligungserklärung zur Information des Arztes:

Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei Bedarf das Pflegegutachten / Ergebnis der Begutachtung an meinen oben genannten Arzt übermittelt.

nein     ja

Die Erteilung Ihres Einverständnisses erfolgt freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihr Einverständnis, führt dies nicht zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung.

● Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung / einen Bevollmächtigten

die Betreuung wurde beantragt     nein     ja

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer /einen Bevollmächtigten     nein     ja\*

\* Kopie des Betreuungsausweises / Vollmacht beifügen!

**Name und Anschrift des Betreuers / Bevollmächtigten**

_____	
Name, Vorname	
_____	_____
PLZ	Ort
_____	_____
Straße	Telefonnummer**

\*\* Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.

Grid for Name, Vorname

Name, Vorname

Grid for Versicherungsnummer

Versicherungsnummer

**Einwilligungserklärung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)\*\***

Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK)

- meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,
- ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit, wichtige Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,
- die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ort und Datum Unterschrift des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Ich bitte den MDK, den Termin nicht mit mir, sondern meinem Betreuer / Bevollmächtigten abzustimmen.

**● Die Pflege wird zur Zeit nicht in meinem, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt**

nein  ja

**Name und Anschrift**

Grid for Name, Vorname

Grid for PLZ Grid for Ort

Grid for Straße Grid for Telefonnummer\*\*

**Erklärung**

Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. Änderung der Pflegeperson, Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung / Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort und Datum Unterschrift des Versicherten / Betreuers / Bevollmächtigten / gesetzlichen Vertreters

Dieser Antrag wurde von o. a. Betreuer / Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben  ja  nein

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):** Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Falle aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 - 44 SGB XI) führen. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese an die Beihilfestelle zur Aufnahme der Beitragszahlung gemeldet.

\*\* Diese Angaben sind freiwillig; sie dienen der Beschleunigung des Antragsverfahrens.