

# Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

**Bitte alle Seiten des Antrags ausfüllen und auf der Seite 3 unterschreiben!**

erstellt von [www.aok.de/bayern](http://www.aok.de/bayern)

Nachname, Vorname der Versicherten		Geburtsdatum	Telefon-Nr.
Straße, Hausnummer		RV-Nummer	
Postleitzahl/Wohnort		KV-Nummer	

<b>Erstantrag</b>	<b>Höherstufungsantrag</b>	<b>Änderung der Leistungsart ab</b>
-------------------	----------------------------	-------------------------------------

<b>Beantragt wird:</b>		
Sachleistung	Pflegegeld	Kombination Sachleistung/Pflegegeld

<b>Die Pflege übernehmen Angehörige/Bekannte:</b>				
Name der Pflegeperson			Geb.-Datum der Pflegeperson	
Telefonnummer	Telef. Erreichbar:	Vormittag	Nachmittag	Ganztätig
Anschrift der Pflegeperson		Krankenkasse der Pflegeperson		selbst versichert familienversichert
<input type="checkbox"/> <b>Der Termin für den Hausbesuch soll der oben genannten Pflegeperson mitgeteilt werden.*</b>				
*Über Ihren Antrag kann erst entschieden werden, nachdem das Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bei uns eingegangen ist. Bitte verschieben Sie den Termin für den Hausbesuch daher nur aus einem wichtigen Grund (Krankheit o. ä.).				

<b>Die Pflege erfolgt durch einen Pflegedienst:</b>	
Name des Pflegedienstes	Telefonnummer

<b>Bankverbindung:</b>	
Bankleitzahl	Kreditinstitut
Kontonummer	Kontoinhaber(in)

<b>Ergänzende Angaben zum(r) Kontoinhaber(in) - für die Zustellung der Zahlungsmittelung</b>	
<b>Nur erforderlich, wenn Pflegebedürftiger und Kontoinhaber(in) NICHT identisch sind.</b>	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl/Wohnort	Telefon-Nr.

# Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten	Versicherungsnummer
------------------------------------	---------------------

<b>Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von/Ich habe Ansprüche angemeldet bei</b>			
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> sonstigen Stellen	<input type="checkbox"/> Nicht zutreffend
Gegebenenfalls Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben			

<b>Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, da</b>		
ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, 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 und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers		

<b>Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 18 Abs. 4 SGB XI)</b>	
Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht,</li> <li>ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt,</li> <li>die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.</li> </ul>	
Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.	
Ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen	Nein
Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MDK diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.	

<b>Behandelnder Arzt:</b>
Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes

<b>Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:</b>		
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	Nein	Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	Nein	Ja
Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n)	Nein	Ja*
Nachname, Vorname der Betreuerin/des Betreuers/der oder des Bevollmächtigten	Telefonnummer	
Anschrift der Betreuerin/des Betreuers/der oder des Bevollmächtigten		

\* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht beifügen.

## Antrag auf ambulante Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname der Versicherten	Versicherungsnummer

Ich verpflichte mich, Änderungen der Verhältnisse, die Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, unverzüglich mitzuteilen. Dies sind z. B. Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung oder 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. Ich bin damit einverstanden, dass die Pflegekasse bei der AOK Bayern überzahltes Pflegegeld beim jeweils kontoführenden Geldinstitut per Lastschrift einzieht. Die hierfür anfallenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse. Die Einzugsermächtigung gilt auch gegenüber meinen Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist.

**Datum, Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)**

### Datenschutzhinweis:

Damit wir Ihren Antrag auf Pflegeleistungen bearbeiten können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung ist § 94 SGB XI. Fehlt Ihre Mitwirkung oder wird dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats nach Zugang gestellt, kann sich dieses negativ auf Ihren Leistungsanspruch und dessen Beginn auswirken (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen (§ 44 Abs. 5 SGB XI) vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet.

### Wichtige Info zur Arbeitslosenversicherung:

Ab dem 01. Februar 2006 können sich Pflegepersonen, die einen Angehörigen mit Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung in der Pflegestufe I, II oder III wenigstens 14 Stunden in der Woche pflegen, auf **Antrag** in der Arbeitslosenversicherung freiwillig weiterversichern. Voraussetzung ist u. a., dass vor Beginn der Pflegetätigkeit ein Versicherungsverhältnis in der Arbeitslosenversicherung bestand oder Leistungen der Arbeitslosenversicherung bezogen wurden.

**Der Antrag muss spätestens innerhalb von einem Monat nach Aufnahme der Pflegetätigkeit gestellt werden.**

Falls Sie dazu noch weitere Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an die für Ihren Wohnort zuständige Agentur für Arbeit.