

## Antrag auf Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI

**Bitte auf der letzten Seite unterschreiben!**

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

**Beantragt wird:**

- die Feststellung, ob Anspruch auf den Grundbetrag oder den erhöhten Betrag besteht (Erstantrag).  
 die Feststellung, ob Anspruch auf den **erhöhten** Betrag besteht (Höherstufungsantrag).

**Behandelnder Arzt:**

Name und Anschrift des Hausarztes / Facharztes

**Bankverbindung:**

Bankleitzahl                      Kreditinstitut  
Kontonummer                      Kontoinhaber(in)

**Ergänzende Angaben zum(r) Kontoinhaber(in) - für die Zustellung der Zahlungsmittelung**

**Nur erforderlich, wenn Pflegebedürftiger und Kontoinhaber(in) NICHT identisch sind.**

Straße, Hausnummer

Postleitzahl / Wohnort

Telefon-Nr.

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von / ich habe Ansprüche angemeldet bei**

- dem Versorgungsamt                       der Unfallversicherung                       Sonstigen Stellen

Ggf. Name des Trägers von dem die Leistung bezogen wird und sofern bekannt Aktenzeichen angeben

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beihilferechtlichen Vorschriften / Heilfürsorge, da**

- ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilferegeln 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>Angaben über eine gesetzliche Betreuung für Rechtsgeschäfte zur pflegerischen Versorgung:</b>		
Ich habe einen gesetzlichen Betreuer	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja*
Die Betreuung wurde beantragt	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachname, Vorname der Betreuerin / des Betreuers		Telefonnummer
* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis beifügen.		

<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.	
<input type="checkbox"/> Ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen	<input type="checkbox"/> 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.	

<p>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, Änderung der Bankverbindung 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.</p>
Datum    Unterschrift Versicherter / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r) / gesetzlicher 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.