

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

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

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

Erstantrag **Höherstufungsantrag**

Beantragt wird:		
stationäre Pflege		
<input type="checkbox"/> in einem Pflegeheim	<input type="checkbox"/> in einer Behinderteneinrichtung	(geplanter) Aufnahme-tag
Name des Pflegeheims/der Behinderteneinrichtung		Telefonnummer
Sofern ein Angehöriger oder eine sonstige Bezugsperson bei der Begutachtung im Pflegeheim anwesend sein möchte, sollte sich diese(r) wegen dem geplanten Termin unmittelbar mit der Heimverwaltung in Verbindung setzen.		

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von/Ich habe Ansprüche angemeldet bei		
<input type="checkbox"/> dem Versorgungsamt	<input type="checkbox"/> der Unfallversicherung	<input type="checkbox"/> 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 Beihilfavorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Name und Anschrift der Beihilfestelle oder des Arbeitgebers		

Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/Bevollmächtigung:		
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
Ich habe einen Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nachname, Vorname Betreuerin/Betreuer/Bevollmächtigte(r)	Telefonnummer	
* Sofern uns die Betreuung noch nicht angezeigt wurde, bitte eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis der Vollmacht beifügen.		

Antrag auf stationäre Leistungen der Pflegeversicherung

Nachname, Vorname des Versicherten	Versicherungsnummer

Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst (§ 18 Abs. 4 SGB XI)*
<p>Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MD):</p> <ul style="list-style-type: none"> meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen 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. <p>Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.</p> <p> <input type="checkbox"/> Ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen <input type="checkbox"/> Nein </p> <p style="font-size: x-small;">* Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Fehlt Ihre Einwilligung, wird der MD diese, soweit erforderlich, im Rahmen des Begutachtungsverfahrens einholen.</p>

Behandelnder Arzt:
Name und Anschrift des Hausarztes/Facharztes

<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, 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.</p> <p>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.</p>		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Datum</td> <td style="width: 85%;">Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)</td> </tr> </table>	Datum	Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)
Datum	Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)	

<p>Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB XI verarbeitet. Wir benötigen die Angaben für die Prüfung des Anspruchs auf Leistungen der stationären Pflege nach § 43 SGB XI. Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann über Ihren Anspruch auf Leistungen der stationären Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/bayern/datenschutzrechte oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.</p>
