

Versichertennummer

● **Die Pflege wird zurzeit in einem anderen Haushalt durchgeführt:**

Name und Anschrift

Name

Vorname

Straße

Haus-Nr.

PLZ

Ort

Tagsüber telefonisch erreichbar unter (Angaben freiwillig)

● **Die Pflege wird von einem Pflegedienst durchgeführt:**

Name/Anschrift

● **Die Pflege wird in einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt:**

Name/Anschrift

● **Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt**

ausländischer Leistungsträger

ja*

beantragt

Unfallversicherungsträger

ja*

beantragt

Versorgungsamt

ja*

beantragt

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

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

Name/Anschrift

Aktenzeichen

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

ich im öffentlichen Dienst oder bei einem Arbeitgeber, der sich an die Beihilfevorschriften im öffentlichen Dienst anlehnt, beschäftigt bin/war - **oder** -
ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte - **oder** -
mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war

nein

ja

Name, Anschrift und Aktenzeichen der Beihilfestelle

Name/Anschrift

Aktenzeichen

Versichertennummer

● **Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/einen Bevollmächtigten:**

Ich habe eine(n) gesetzliche(n) Betreuer(in) ja*

Ich habe eine(n) Bevollmächtigte(n) ja*

* **Wichtig!** Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, **sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.**


● **Ich bin damit einverstanden, dass der MD:**

- 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.

ja, nicht zutreffende Alternative(n) bitte ggf. streichen

nein

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. 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>Ich bin über das Antrags- und Begutachtungsverfahren sowie allgemein über den Inhalt der Leistungen aus der Pflegeversicherung (siehe Info-Blatt) informiert worden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich bei Bedarf eine ausführliche Beratung (ggf. bei mir zu Hause) in Anspruch nehmen kann (sofern unzutreffend bitte streichen).</p> <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. 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 den Erben. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Das Geldinstitut ist nicht zur Einlösung verpflichtet, wenn das Konto den erforderlichen Betrag nicht aufweist. Ihre Mandatsreferenznummer (SEPA-Lastschriftmandat) wird Ihnen vor dem Lastschriftinzug in einer Vorankündigung mitgeteilt. Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer lautet DE49AOK00000018487.</p>	
	
Datum	Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)

Datenschutzhinweis: 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 häuslichen Pflege nach §§ 36, 37 und 38 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 häuslichen Pflege nicht entschieden werden (vgl. § 33 Abs. 1 SGB XI i. V. m. §§ 60 Abs. 1 und 66 Abs. 1 SGB I). Geht dieser Antrag nicht innerhalb eines Monats bei uns ein, gilt das Datum des Antragsesingangs als Tag der Antragstellung. Liegt ein Beihilfeanspruch vor und sind rentenversicherungspflichtige Pflegepersonen vorhanden, werden diese zur Aufnahme der Beitragszahlung an die Beihilfestelle gemeldet (§ 44 Abs. 5 SGB XI). 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.