

## 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**

in einem Pflegeheim
                         
  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**

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 Beihilfavorschriften 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 \_\_\_\_\_

**Angaben über eine amtlich bestellte Betreuung/Bevollmächtigung:**

Ich habe einen gesetzlichen Betreuer
  Nein             Ja\*

Die Betreuung wurde beantragt
  Nein             Ja

Ich habe einen Bevollmächtigten
  Nein             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
------------------------------------	---------------------

<b>Einwilligungserklärung für den Medizinischen Dienst (§ 18 Abs. 4 SGB XI)*</b>
<p>Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MD):</p> <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> <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 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Nein</span></p> <p><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.</small></p>

<b>Behandelnder Arzt:</b>
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>
<b>Datum      Unterschrift Versicherter/Betreuer(in)/Bevollmächtigte(r)/gesetzliche(r) Vertreter(in)</b>

<p><b>Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):</b> 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 <a href="http://www.aok.de/bayern/datenschutzrechte">www.aok.de/bayern/datenschutzrechte</a> oder erhalten Sie in jeder AOK-Geschäftsstelle. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.</p>
---