

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Damit es für Sie schneller geht, lesen wir Ihren Antrag elektronisch ein. Deshalb unsere Bitte an Sie: Bitte füllen Sie die Kästchen in DRUCKBUCHSTABEN aus und unterschreiben Sie den Antrag – vielen Dank.

**Erstantrag**

**Änderung des Pflegegrades (z. B. Höherstufung)**

**Änderungen der Pflegeleistung ab**

**Antragsdatum**

Eingangsstempel AOK Bremen/Bremerhaven

## Meine persönlichen Daten

Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Geboren am (TTMMJJ)

Versichertennummer (**bitte unbedingt ausfüllen**)

Telefonnummer (Festnetz)\*

Mobilfunknummer\*

## Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung\*

IBAN

BIC (SWIFT)

Name des Geldinstituts

## Name und Anschrift des Kontoinhabers oder der Kontoinhaberin, falls abweichend vom Antragsteller oder der Antragstellerin

Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

**Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse**

Die Pflege wird zurzeit nicht in meinem Haushalt, sondern in einem anderen Haushalt durchgeführt:

 Nein  Ja, bitte angeben Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Festnetz)\* \_\_\_\_\_ Mobilfunknummer\* \_\_\_\_\_

**Ich beantrage folgende Leistungen (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren):** Sachleistungen  Geldleistungen  Tages- oder Nachtpflege in einer teilstationären Einrichtung

→ Bei Beantragung einer Kombinationsleistung sind sowohl Geld- als auch Sachleistungen anzukreuzen.

 Dauerhafte Pflegeleistungen in einer vollstationären Pflegeeinrichtung ab \_\_\_\_\_  
(Inklusive Betreuung und Aktivierung) Eine Pflege im häuslichen oder teilstationären Bereich ist nicht (mehr) möglich. Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen ab \_\_\_\_\_**Die Pflege/Betreuung wird von einer vollstationären Pflegeeinrichtung, einem Pflegedienst oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt** Nein  Ja, bitte angeben

Name der Pflegeeinrichtung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

**Die Pflege/Betreuung wird von einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt** Nein  Ja, bitte angeben

Name der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen der Pflegeeinrichtung (wenn bekannt) \_\_\_\_\_

## Die Pflege/Betreuung wird von einer Pflegeperson durchgeführt

### 1. Pflegeperson

Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geboren am (TTMMJJ)

Tagsüber erreichbar\* \_\_\_\_\_ Optional\* \_\_\_\_\_

### 2. Pflegeperson

Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geboren am (TTMMJJ)

Tagsüber erreichbar\* \_\_\_\_\_ Optional\* \_\_\_\_\_

**Meine Pflegeperson hat gegenüber ihrem Arbeitgeber angekündigt, die Pflegezeit/Familienpflegezeit in Anspruch zu nehmen.**

**Ich erhalte bereits Leistungen der Palliativversorgung** (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Leistungen in einem Hospiz  Nein  Ja

Leistungen der Palliativversorgung  Nein  Ja

**Ursachen der Pflegebedürftigkeit** (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Arbeitsunfall/Berufskrankheit  Nein  Ja

Versorgungsleiden/Kriegsschaden/Wehrdienstschaden  Nein  Ja

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

(bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

Sozialamt  Nein  Ja  beantragtAusländischer Leistungsträger  Nein  Ja  beantragtUnfallversicherungsträger  Nein  Ja  beantragtVersorgungsamt  Nein  Ja  beantragt

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

Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

Aktenzeichen

**Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge** Nein  Ja, durch

Name des Sozialamts, Unfallversicherungsträgers, Versorgungsamts oder des ausländischen Leistungsträgers

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

Aktenzeichen

**Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist\***

Name

Vorname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

**Angaben über eine gesetzliche Betreuung / einen Bevollmächtigten**

Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in  Nein  Ja, durch

Ich habe einen/n Bevollmächtigten  Nein  Ja, durch

Bitte Kopie des Betreuungsausweises / der Vollmacht beifügen

Frau  Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ Ort

\_\_\_\_\_  
Tagsüber erreichbar\* Optional\*\*

**Angaben zum Besuchstermin durch den Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)**

Frühestmöglicher Besuchstermin: \_\_\_\_\_

In diesem Zeitraum ist kein Besuch möglich (z. B. wegen Krankenhausaufenthalt):

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

An diesen Tagen ist kein Besuch möglich (z. B. wegen Dialyse) – bitte zutreffende Tage ankreuzen bzw. konkrete Termine angeben:

Mo  Di  Mi  Do  Fr

Folgende Besonderheiten sind vom MDK zu beachten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

