

**58079 Hagen**

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag**
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad**
- Änderung der Pflegeleistung ab** \_\_\_\_\_

Eingangsstempel



_____ Name, Vorname <b>Pflegebedürftige/-r</b>	_____ Geburtsdatum
_____ Straße und Hausnummer	_____ Telefonnummer Angabe dient der vereinfachten Kontaktaufnahme und ist freiwillig
_____ PLZ und Ort	
_____ <b>Versichertennummer:</b>	

**Ich habe eine/-n Betreuer/-in:**       nein     ja

**Ich habe eine/-n Bevollmächtigte/-n:**       nein     ja

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname **Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r**

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

**Wichtig!** Bitte senden Sie uns schnellstmöglich eine **Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht** zu, sofern noch nicht geschehen. Die weitere Kommunikation führen wir dann gern direkt mit Ihrer/-m Betreuer/-in oder Bevollmächtigte/-n.

### Ich beantrage hiermit oder beziehe bereits (bei Höherstufung) folgende Leistungen:

**Pflegegeld**  
für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige

**Pflegesachleistung**  
Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation ggf. auch Kombinationsleistung mit Pflegegeld

**Tages- oder Nachtpflege**  
teilstationäre Pflegeeinrichtungen

**Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim**

**Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen**

Name

Versichertennummer

**Wird die Pflege zurzeit in Ihrem Haushalt durchgeführt?**

nein,  
dann bitte nachfolgend den anderweitigen Haushalt angeben

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

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

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

**Wird die Pflege von einem Pflegedienst, einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung, einem Pflegeheim oder einer Behinderteneinrichtung durchgeführt?**

nein  ja, bitte angeben

**Name und Anschrift des Pflegedienstes**

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegedienst**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

**Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Name **Pflegeheim, Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. Behinderteneinrichtung**

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Datum des Pflegebeginns  
(seit wann bzw. geplant ab)

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

nein  ja, bitte angeben

Sozialamt  ja/beantragt

Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)  ja/beantragt

Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden, usw.)  ja/beantragt

ausländischer Leistungsträger/Sonstiger Leistungsträger  ja/beantragt

Ich habe Anspruch auf Beihilfe\* nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge.  ja\*

\* Ansprüche auf Beihilfe bestehen zum Beispiel, weil

- eine Beschäftigung im öffentlichen Dienst ausgeübt wird/wurde,
- eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis eines Ehegatten/eines Elternteils bezogen wird oder
- der Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war.

Name

Versichertennummer

Bitte geben Sie hier Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Pflegeleistungen an:

IBAN

Name der/-s Kontoinhabers/-in, falls abweichend von der/vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname:

### Einwilligungserklärung

Die nachstehenden Einverständniserklärungen sind freiwillig. Hierbei geht es dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor allem darum, relevante und aktuelle Informationen, insbesondere zu den pflegebegründenden Erkrankungen und gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, zu deren Verlauf und zu durchgeführten Behandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit zu erhalten. Mit der Einwilligung werden notwendige Auskünfte und Unterlagen eingeholt.

#### Ich willige ein (bitte ankreuzen),

- dass der MDK meine/-n behandelnde/-n Ärztin/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. Insoweit entbinde ich meine/-n behandelnde/-n Ärztin/Arzt von der (ärztlichen) Schweigepflicht,

Name, Vorname **Behandelnde/-r Ärztin/Arzt**

Anschrift

- dass der MDK die mich pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.
- Ich willige ein, dass die AOK die von mir im Zusammenhang mit diesem Antrag überlassenen Unterlagen an den MDK weitergeben darf.

**Die Einwilligungserklärung kann einzeln oder insgesamt mit Wirkung für die Zukunft in jeder Geschäftsstelle der AOK NORDWEST schriftlich oder zur Niederschrift widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

Datum

Unterschrift

Versicherte/-r bzw. Betreuer/-in, Bevollmächtigte/-r oder gesetzliche/-r Vertreter/-in

### Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nm. 3 und 4 SGB XI zum Zwecke der Leistungsentscheidung nach §§ 28 ff. SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen beim Leistungsanspruch führen. Empfänger Ihrer Daten z. B. der MDK können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter [www.aok.de/nw/datenschutzrechte](http://www.aok.de/nw/datenschutzrechte). Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund, [kontakt@nw.aok.de](mailto:kontakt@nw.aok.de) oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [Datenschutz@nw.aok.de](mailto:Datenschutz@nw.aok.de).