

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	Versichertennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnort	Telefon*

Ich beantrage Leistungen für meine Pflege durch **(Mehrfachnennung möglich)**

Angehörige oder eine andere Privatperson

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Name, Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße und Hausnummer	Straße und Hausnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnort	Postleitzahl und Wohnort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Telefon*
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegezeit/Familienpflegezeit wurde beim Arbeitgeber beantragt	Pflegezeit/Familienpflegezeit wurde beim Arbeitgeber beantragt
<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
von	bis

eine Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung einen Pflegedienst
 ein Pflegeheim oder eine Behinderteneinrichtung

Tag der Heimaufnahme:

Meine Heimaufnahme ist notwendig, weil

Name des Pflegedienstes/der Einrichtung, der/die meine Pflege durchführt:

Name, Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

Ich habe folgende gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit:

Die mit * gekennzeichneten Angaben sind freiwillig, erlauben uns aber eine schnelle und unbürokratische Kontaktaufnahme mit Ihnen bei Rückfragen und zu allen Belangen der Pflegeversicherung und vielfältigen Leistungs- und Serviceangeboten der AOK Rheinland/Hamburg. Dieser Nutzung können Sie jederzeit widersprechen.

Name, Vorname:	Versichertennummer:
Meine Pflegebedürftigkeit ist Folge eines privaten Unfalls, eines Arbeitsunfalls, einer Berufskrankheit, eines Kriegs- oder Wehrdienstes	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Vermuten Sie einen ärztlichen Behandlungsfehler, einen Fehler im Rahmen der Geburtshilfe, einen Arzneimittelschaden oder ein fehlerhaftes Medizinprodukt als Ursache für die Pflegebedürftigkeit?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wegen meiner Pflegebedürftigkeit bekomme ich bereits von anderen Stellen (z. B. Versorgungsamt) oder aus dem Ausland Leistungen oder ich habe eine solche Leistung beantragt	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin oder war Beamter oder Berufssoldat	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Mein Ehegatte bzw. ein Elternteil ist oder war Beamter oder Berufssoldat (bitte auch angeben, wenn der verstorbene Ehegatte/Elternteil Beamter oder Berufssoldat war)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin bereits seit mindestens zwei Jahren bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse versichert	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, zuvor war ich bei der <input type="text"/>
	versichert

Mein Hausarzt ist	
<input type="text"/>	
Name	
<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnort	Telefon*

Für mich ist ein Betreuer bestellt bzw. ich habe einen schriftlichen Bevollmächtigten (bitte entsprechende Urkunde und Nachweise beifügen)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	
Name, Vorname des Betreuers oder Bevollmächtigten	
<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnort	Telefon*

Ich habe keinen Betreuer oder Bevollmächtigten. Für Rückfragen zu meinem Antrag können Sie sich aber an folgende Person meines Vertrauens wenden:	
<input type="text"/>	
Name, Vorname	
<input type="text"/>	
Straße und Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postleitzahl und Wohnort	Telefon*

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege usw.):

bis

bis

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich (z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie usw.):

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Ich bitte die AOK Rheinland/Hamburg, mir mein Pflegegutachten zu übersenden.

Ich bitte, das beantragte Pflegegeld zu zahlen:

auf mein **eigenes** Konto

IBAN

BIC

Name des Geldinstituts

auf ein Konto einer Person meines Vertrauens
(die Vertrauensperson hat die nachstehende Erklärung abzugeben)

Name, Vorname der Vertrauensperson

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Wohnort

IBAN

BIC

Name des Geldinstituts

Erklärung der oben angegebenen Vertrauensperson des Pflegebedürftigen, auf deren Konto die Beiträge überwiesen werden sollen

Ich verpflichte mich, überzahlte Beträge für Pflegeleistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch an die Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse (Pflegekasse) zurückzahlen. Außerdem verpflichte ich mich, der Pflegekasse jede Änderung meiner Bankverbindung und meines Wohnsitzes unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Vertrauensperson als Kontoinhaber

Name, Vorname:

Versichertennummer:

Erklärung zum Antrag auf Pflegeleistungen und zur Entbindung von der Schweigepflicht

Ich entbinde meine Ärzte, die mich betreuenden Pflegekräfte und die stationäre Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit Unterlagen für Auskünfte zur Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden.

Ja

Nein

Die Pflegekasse darf meinem behandelnden Arzt eine Kopie des Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Verfügung stellen.

Ja

Nein

- Ich verpflichte mich, jede Änderung der Verhältnisse, die einen Einfluss auf die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung haben, **unverzüglich** der Pflegekasse mitzuteilen. Diese sind z. B. **Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen.**

- Einige Leistungen der Pflegekasse werden im Voraus gezahlt. Hierdurch kann es zu Überzahlungen kommen. Ich verpflichte mich daher, überzahlte Beträge unverzüglich an die Pflegekasse zurückzuzahlen.

- Ich ermächtige die Pflegekasse, überzahlte Leistungen der Pflegeversicherung auch mit Wirkung meinen Erben gegenüber zulasten meines Kontos beim jeweils kontoführenden Geldinstitut einzuziehen. Die entstehenden Bankgebühren trägt die Pflegekasse.

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Betreuers/Bevollmächtigten

Seite 4

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z. B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten 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 aok.de/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.

Wichtige Informationen für Pflegepersonen

Ohne das große Engagement von Angehörigen oder Freunden ist die Betreuung von pflegebedürftigen Menschen undenkbar. Nicht selten verzichten die ehrenamtlich Pflegenden aufgrund der Pflegetätigkeit teilweise oder sogar ganz auf eine eigene Berufstätigkeit. Um diesen hohen Einsatz anzuerkennen und keine Nachteile gegenüber Berufstätigen entstehen zu lassen, hat der Gesetzgeber die Möglichkeit der Pflegezeit sowie die soziale Absicherung der Pflegeperson geregelt. Nachstehend informieren wir Sie darüber.

Kurzzeitige Arbeitsverhinderung und Pflegezeit

Beschäftigte haben das Recht

bis zu **zehn Arbeitstagen** der Arbeit fern zu bleiben (kurzzeitige Arbeitsverhinderung) oder sich bis zu **sechs Monate** (Pflegezeit) bzw. 24 Monate (Familienpflegezeit) von der Arbeitsleistung vollständig oder teilweise freustellen zu lassen,

um pflegebedürftige Angehörige in häuslicher Umgebung zu pflegen oder deren Versorgung zu organisieren.

Sofern Sie **Arbeitslosengeld I oder II** beziehen, wenden Sie sich für weitere Auskünfte bitte an die für Sie zuständige Stelle der Bundesagentur für Arbeit (BA) bzw. das zuständige Jobcenter.

Die **kurzzeitige Arbeitsverhinderung** muss nicht beim Arbeitgeber beantragt werden; es reicht aus, wenn Sie Ihren Arbeitgeber umgehend darüber informieren. Dem Arbeitgeber ist auf Verlangen eine ärztliche Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen und die Erforderlichkeit der bedarfsgerechten Organisation der Pflege vorzulegen. Während der kurzzeitigen Arbeitsverhinderung besteht grundsätzlich ein Anspruch auf Pflegeunterstützungsgeld von der Pflegekasse des Pflegebedürftigen.

Die Inanspruchnahme der **Pflegezeit/Familienpflegezeit** ist durch Vorlage einer Bescheinigung der Pflegekasse oder des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) über die Pflegebedürftigkeit des nahen Angehörigen nachzuweisen. Pflegenden haben die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen gegenüber ihrem Arbeitgeber vor Inanspruchnahme der Pflegezeit und spätestens 10 Arbeitstage vor Beginn schriftlich anzukündigen. Bei der Familienpflegezeit sind dies acht Wochen. Die Pflegezeit kann bis zu einer Dauer von längstens sechs Monaten für jeden pflegebedürftigen nahen Angehörigen vereinbart werden (Höchstdauer 24 Monate bei der Familienpflegezeit). Ein Rechtsanspruch auf die Pflegezeit besteht dann, wenn der Arbeitgeber in der Regel mehr als 15 Arbeitnehmer (25 Arbeitnehmer bei der Familienpflegezeit) beschäftigt. Der MDK wird dazu im Rahmen der Begutachtung des Pflegebedürftigen eine entsprechende Bescheinigung ausstellen. Nehmen Sie die Pflegezeit in Anspruch, übernimmt die Pflegekasse einen Zuschuss zur freiwilligen Kranken- und Pflegeversicherung. Bitte fragen Sie danach.

Absicherung in der Renten- und Arbeitslosenversicherung

Wer einen pflegebedürftigen mit mindestens Pflegegrad 2 wenigstens 10 Stunden wöchentlich verteilt auf regelmäßig mindestens zwei Tage in der Woche in seiner häuslichen Umgebung pflegt, ist unter bestimmten Voraussetzungen gesetzlich renten- und arbeitslosenversichert. Die Beiträge zahlt die Pflegekasse. Dies gilt bezüglich der Rentenversicherung nicht, wenn die Pflegeperson regelmäßig mehr als 30 Stunden wöchentlich selbst erwerbstätig ist. In der Arbeitslosenversicherung ist dies nur dann möglich, soweit die Pflegeperson ihre Berufstätigkeit aufgrund der Pflege des Angehörigen beendet. Damit die Pflegekasse für Sie Beiträge zahlen kann, erhalten Sie von uns automatisch einen Antrag, den Sie uns bitte vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Sollte der pflegebedürftige Anspruch auf Beihilfeleistungen haben, so beachten Sie bitte, dass wir dazu verpflichtet sind, die Daten der Pflegeperson an die Beihilfestelle zu übermitteln, soweit eine Renten- und Arbeitslosenversicherungspflicht besteht.

Absicherung in der Unfallversicherung

Pflegepersonen sind automatisch beitragsfrei in den Schutz der gesetzlichen Unfallversicherung einbezogen, soweit der Pflegebedürftige mindestens den Pflegegrad 2 hat. Die gesetzliche Unfallversicherung tritt mit Leistungen ein, wenn die Pflegeperson im Zusammenhang mit der Pflege einen Unfall erleidet.

Absicherung in der Kranken- und Pflegeversicherung

Eine besondere soziale Absicherung der Pflegepersonen ist in der Kranken- und Pflegeversicherung nicht vorgesehen.

Über die Sicherstellung Ihrer Kranken- und Pflegeversicherung beraten wir Sie gerne.