

# AOK Rheinland-Pfalz/Saarland – Die Gesundheitskasse

## Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Versicherten-Nr.

Tagsüber bin ich unter folgender Telefonnummer zu erreichen (\*)

BIC

IBAN

Name der Bank

Kontoinhaber(in)

Name des behandelnden Arztes

Anschrift des Arztes/Telefonnummer (\*)

Erstantrag    Höherstufungsantrag nach Grad \_\_\_\_\_    Leistungsänderung ab \_\_\_\_\_

**Leistungen bei häuslicher Pflege**    Sachleistung    Geldleistung    Kombinationsleistung

**Leistungen**    bei vollstationärer Pflege    in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe

**Die Pflege wird durchgeführt von:**

Name des Pflegedienstes/des Pflegeheimes

Tag der Heimaufnahme

Anschrift des Pflegedienstes/des Pflegeheimes

Name der Pflegeperson (bei Geld- und Kombinationsleistung)

Geb.-Datum der Pflegeperson

Anschrift der Pflegeperson (bei Geld- und Kombinationsleistung)

Telefon-Nr. der Pflegeperson (\*)

**An folgenden Tagen habe ich feste Behandlungstermine (z.B. Krankengymnastik, Dialyse etc.)**

Wochentag/Uhrzeit

**Ich bin/war bzw. mein Ehegatte ist/war im öffentlichen Dienst beschäftigt**

nein    ja

**Ich habe einen Beihilfeanspruch**

nein    ja   bei \_\_\_\_\_

- bitte wenden -

**Ich erhalte bereits Pflegeleistungen**

- nein     ja     von der Beihilfestelle     von der Unfallversicherung  
 vom Sozialamt     von sonstigen Stellen

\_\_\_\_\_  
(z.B. Versorgungsamt)

**Die Pflegebedürftigkeit ist auf einen Unfall zurückzuführen**

- nein     ja

**Datenschutzhinweis:** Die Daten werden ausschließlich zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrages auf Pflegeleistungen nach den §§ 36 – 45 b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen führen, da wir dann ggf. über Ihren Anspruch auf Pflegeleistungen nach den §§ 36 – 45 b SGB XI nicht entscheiden können (§ 66 Abs. 1 SGB I). Die Telefonnummern sind jeweils als freiwilliges Feld gekennzeichnet (\*). Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme bei Rückfragen bitten wir Sie um Angabe der Telefonnummern. Bei beihilfeberechtigten Personen werden aufgrund des § 44 Abs. 5 SGB XI die erforderlichen Daten des Antrages an die Beihilfestelle weitergeleitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten finden Sie unter <https://aok.de/rps/datenschutzrechte>. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg oder unseren Datenschutzbeauftragten unter [datschutz@rps.aok.de](mailto:datschutz@rps.aok.de)

Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) gemäß § 18 Abs. 1 SGB XI. Der MDK oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, **soweit der Versicherte einwilligt**, die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden (§ 18 Abs. 4 SGB XI). Hierzu dient die nachfolgende zusätzliche Einwilligungserklärung (\*\*).

<p><b>Einwilligungserklärung (**)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Ja, ich bin damit einverstanden, dass der MDK meine behandelnden Ärzte 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 sowie pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt. Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.</p> <p style="text-align: right;"><sup>1</sup> Ankreuzfeld</p>
--

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK oder den von den Pflegekassen beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Unterlagen, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht nach den §§ 60 und 65 SGB I hinaus seiner Pflege-/Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, dürfen an den MDK nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat (§ 18 Abs. 5 SGB XI i.V. mit § 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Hierzu dient die nachfolgende zusätzliche Einwilligungserklärung (\*\*\*)

<p><b>Einwilligungserklärung (***)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <sup>2</sup> Ja, ich bin auch damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland die von mir freiwillig überlassenen Unterlagen an den MDK weitergeben darf. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.</p> <p style="text-align: right;"><sup>2</sup> Ankreuzfeld</p>
---

Als Versicherter der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland können Sie eine Pflegeberatung nach den §§ 7a und 7b SGB XI in Anspruch nehmen. Die Pflegeberatung ist eine individuelle Beratung. Sie bietet Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangeboten, die auf die Unterstützung von Menschen mit Pflege-, Versorgungs- oder Betreuungsbedarf ausgerichtet sind. Sofern Sie damit einverstanden sind, leitet die Pflegekasse Ihre Daten an Pflegeberater des für Sie zuständigen Pflegestützpunktes weiter, soweit sie für die Pflegeberatung erforderlich sind. Hierzu dient die nachfolgende zusätzliche Einwilligungserklärung (\*\*\*\*).

<p><b>Einwilligungserklärung (****)</b></p> <p><input type="checkbox"/> <sup>3</sup> Ja, ich bin damit einverstanden, dass die AOK Rheinland-Pfalz/Saarland zum Zwecke der Pflegeberatung meine Daten an Pflegeberater weiterleiten kann, soweit sie für die Pflegeberatung erforderlich sind. Diese Einwilligung ist freiwillig und ich kann sie jederzeit widerrufen.</p> <p style="text-align: right;"><sup>3</sup> Ankreuzfeld</p>
--

Die zusätzlichen Einwilligungserklärungen (\*\*), (\*\*\*), (\*\*\*\*) erfolgen auf freiwilliger Basis. Ihr Einverständnis können Sie grundsätzlich ohne für Sie nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Datenerhebung/-verarbeitung. Wir möchten Sie allerdings darauf hinweisen, dass insbesondere die Einwilligung (\*\*) wichtig für die Einholung von Informationen durch den MDK ist, die ggf. zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit benötigt werden.

Ihr Widerrufsrecht können Sie gegenüber der AOK Rheinland-Pfalz/Saarland, Virchowstr. 30, 67304 Eisenberg wahrnehmen.

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des Versicherten**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten \*\*\*\***

\*\*\*\*Bitte fügen Sie einen entsprechenden Nachweis bei