AOK Die Gesundheitskasse. | BADEN-WÜRTTEMBERG

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.

☐ **Neuantrag** **Nur vom Krankenhaus auszufüllen: Überleitung** ☐

☐ **Änderung des Hilfebedarfs (z. B. Höherstufung)**

☐ **Änderungen der Pflegeleistung ab (TTMMJJJJ):** ☐☐☐☐ **2 0** ☐☐

Meine persönlichen Daten

Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Frau ☐ Herr

Titel

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

geboren am (TTMMJJJJ): Versichertennummer

Telefonnummer*

Mobilfunknummer*

Bitte überweisen Sie das Pflegegeld auf folgende Bankverbindung*

IBAN

BIC (SWIFT)

Name des Geldinstituts

PFL000_F

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

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Vom Wohnort abweichende Aufenthaltsadresse

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

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer*

Ich beantrage folgende Leistungen (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren):

☐ Sachleistungen ☐ Geldleistungen ☐ Tages- oder Nachtpflege in einer Einrichtung

☐ Dauerhafte Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

Häusliche oder teilstationäre Pflege ist nicht möglich, deshalb werde ich ab (TTMMJJJJ) in einer vollstationären Pflegeeinrichtung betreut. 2 0

☐ Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen ab (TTMMJJJJ) 2 0

Die Pflege/Betreuung wird von einer vollstationären Pflegeeinrichtung, einem Pflegedienst oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durchgeführt

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Name der Pflegeeinrichtung/des Pflegedienstes

Straße Nr.

PLZ Ort

Die Pflege/Betreuung wird von einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung durchgeführt

☐ Nein ☐ Ja, bitte angeben

Name der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung

Straße Nr.

PLZ Ort

Die Pflege/Betreuung wird von einer Pflegeperson durchgeführt

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

1. Pflegeperson

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

geboren am (TTMMJJJJ):

Telefonnummer*

2. Pflegeperson

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

geboren am (TTMMJJJJ):

Telefonnummer*

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

Leistungen in einem Hospiz	☐ nein	☐ ja
Leistungen im Rahmen der ambulanten 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	☐ beantragt
Ausländischer Leistungsträger	☐ nein	☐ ja	☐ beantragt
Unfallversicherungsträger	☐ nein	☐ ja	☐ beantragt
Versorgungsamt	☐ 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 Nr.

PLZ Ort

Land (nur bei ausländischem Leistungsträger anzugeben)

Aktenzeichen

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder freie Heilfürsorge

☐ Nein ☐ Ja, durch

Name der Beihilfestelle

Straße Nr.

PLZ Ort

Aktenzeichen

Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ist*

Vorname des Hausarztes/der Hausärztin oder des Facharztes/der Fachärztin

Name des Hausarztes/der Hausärztin oder des Facharztes/der Fachärztin

Straße Nr.

PLZ Ort

Angaben über eine Betreuung*

Ich habe eine/n gesetzliche/n Betreuer/in ☐ nein ☐ ja

Falls noch nicht vorliegend, bitte eine Kopie der Betreuer-urkunde beilegen.

Vorname

Name

Straße Nr.

PLZ Ort

Telefonnummer*

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 – 44 SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Beachten Sie bitte, dass fehlende Mitwirkung zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 – 44 SGB XI) führen kann. Ihre Daten dürfen wir im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse an Dritte oder an Dienstleister weiterleiten, die von uns beauftragt wurden. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt, beauftragen wird den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 18 Abs. 1 SGB XI. Die jeweilige Einwilligung nach den Buchstaben a) bis d) erfolgt auf freiwilliger Basis. Ihre jeweilige Einwilligung können Sie ohne nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Sie gilt so lange, bis sie widerrufen wird. Die Widerrufserklärung können Sie richten an: AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart.

Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutzrechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die AOK Baden-Württemberg, Presselstraße 19, 70191 Stuttgart oder unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter datenschutz@bw.aok.de.

Die mit (*) gekennzeichneten Angaben sind freiwillig. Die Angabe der Telefon- und Mobilfunknummer dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben. Die Angaben zum behandelnden Arzt und zum Besuchstermin durch die Gutachterin oder den Gutachter des MD helfen bei einer effizienten Terminplanung bzw. der Gutachtenerstellung durch den MD.

Ihre im Rahmen der genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet.

Ich willige ein, dass (bitte entsprechende Kästchen mit „X“ markieren)

a) der MD meinen behandelnden 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 die genannten Personen oder Stellen von ihrer Schweigepflicht.

☐ Ja ☐ Nein

b) die Pflegekasse das Pflegegutachten bei Bedarf an meine/n behandelnde/n Ärztin/Arzt schickt

☐ Ja ☐ Nein

c) der MD pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die sich an meiner Pflege beteiligen, befragt

☐ Ja ☐ Nein

d) Herrn/Frau _____ im Zusammenhang mit diesem Antrag Auskünfte erteilt werden dürfen.

				2	0		

Datum (TTMMJJJJ)

_____

Unterschrift der bzw. des Versicherten oder der betreuenden oder bevollmächtigten Person (Bitte legen Sie – sofern noch nicht geschehen – eine Kopie der Betreuungsurkunde bzw. der Vollmacht bei)

Bitte zurück an:

AOK Baden-Württemberg
Posteingangsservice
70147 Stuttgart