

## 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):**

<input type="checkbox"/> Sachleistungen	<input type="checkbox"/> Geldleistungen	<input type="checkbox"/> 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 Pflegeeinrichtung	
_____	
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 (TTMMJJJJ)

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

**2. Pflegeperson**

Frau      Herr Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

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

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

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

--	--	--	--

 Geboren am (TTMMJJJJ)

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	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

\_\_\_\_\_  
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



Bitte informieren Sie folgende Person/en ebenfalls über den Besuchstermin, damit sie bei der Begutachtung anwesend sein können.

Pflegeperson                      Betreuer/in                      Bevollmächtigte/r

Soll eine weitere Person am Besuchstermin teilnehmen, geben Sie diese bitte hier an:

Frau                      Herr      Anrede (bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
PLZ	Ort		
Telefonnummer (Festnetz)*		Mobilfunknummer*	

**Ich bin damit einverstanden, dass**

- a) der MDK meinen behandelnden Arzt in die Begutachtung einbezieht, indem er ärztliche Auskünfte und Unterlagen über Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholt, um die Pflegebedürftigkeit zu begutachten
- b) die Pflegekasse das Pflegegutachten bei Bedarf an meinen behandelnden Arzt schickt
- c) der MDK pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die sich an meiner Pflege beteiligen, befragt.

Insoweit entbinde ich die genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht

Ja                      Nein

**Erklärung**

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. Änderung der Pflegeperson(en), Umzug in ein Pflegeheim, Hinzunahme eines Pflegedienstes, Änderung der Bankverbindung, Änderung des Gesundheitszustandes (Besserung/ Verschlechterung) und Beantragung oder Bezug von Beihilfe- oder Versorgungsleistungen. Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht habe.

Datum (TT.MM.JJJJ)      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)

Dieser Antrag wurde vom o. a. Betreuer/Bevollmächtigten ausgefüllt und unterschrieben

Ja                      Nein

**Datenschutzhinweis:**

Ihre Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben zu dem in diesem Schreiben genannten Zweck erhoben, gespeichert und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist dabei erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Leistungskürzungen oder Leistungsveragung führen. Näheres regelt das Sozialgesetzbuch (SGB). Die AOK Bremen/Bremerhaven erhebt und verwendet Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen dieser Bestimmungen. Alle weiteren Informationen zu den Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten, beispielsweise zu Ihrem Recht auf Auskunft, Löschung und Widerruf, finden Sie unter [www.aok.de/hb/datenschutzrechte](http://www.aok.de/hb/datenschutzrechte).

**Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI**

durchgeführt am: \_\_\_\_\_

(von der Pflegekasse auszufüllen)

angeboten am: \_\_\_\_\_