AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.

Ihr Serviceteam für
Pflegeleistungen

Ihre Versichertennummer

AOK NordWest
Die Gesundheitskasse.
58079 Hagen

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Vor- und Nachname der/des Versicherten

Adresse (Straße, PLZ und Ort) der/des Versicherten

☐ **Erstantrag** ☐ **Einstufung in höheren Pflegegrad**

☐ **Änderung der Pflegeleistung ab:** _____
TT.MM.JJJJ

Ich werde durch eine/n Betreuer/Betreuerin oder eine bevollmächtigte Person vertreten

☐ Ja und zwar von: ☐ Nein

Vor- und Nachname Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r | Telefonnummer

Adresse (Straße, PLZ und Ort) Betreuer/-in bzw. Bevollmächtigte/-r

Bitte unbedingt die **Kopie des Betreuerbeschlusses/-ausweises bzw. der Vollmacht** einreichen. In Zukunft kontaktieren wir dann gern immer die genannte Person.

Ich beantrage oder beziehe bereits folgende Leistungen:

☐ Pflegegeld (Pflege durch private Pflegepersonen, wie z. B. Angehörige)

☐ Pflegesachleistung (Pflege durch Pflegedienst/Sozialstation)

☐ Kombinationsleistungen (Kombination aus Pflegesachleistung und Pflegegeld)

☐ Tages- oder Nachtpflege (in einer teilstationären Pflegeeinrichtung)

☐ Vollstationäre Pflege in einem Pflegeheim

☐ Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen

PFLEGE YBASE0103

Die Pflege wird zurzeit in meinem Haushalt durchgeführt:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Nein, bitte nachfolgend den anderweitigen Haushalt angeben:

Vor- und Nachname

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

Die Pflege wird von einer privaten Pflegeperson durchgeführt:

☐ Ja und zwar von: ☐ Nein

Pflegeperson 1:

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

Pflegeperson 2:

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

Die Pflege wird von einem Pflegedienst, einem Pflegeheim oder einer Behindertenein-richtung durchgeführt:

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, bitte nachfolgend den Pflegedienst, das Pflegeheim oder die Behindertenein-richtung angeben:

Pflegedienst, Pflegeheim bzw. Behinderteneinrichtung

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

Ich erhalte bereits folgende Pflegeleistungen bzw. habe sie beantragt:

☐ Sozialamt

☐ Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)

☐ Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden, usw.)

☐ Ausländischer Leistungsträger/sonstiger Leistungsträger

Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge:

☐ Ja ☐ Nein

Abschließende Fragen zur Ermittlung verkürzter Begutachtungsfristen:

Ich werde aktuell ambulant palliativ bzw. stationär im Hospiz versorgt:

☐ Ja ☐ Nein

Mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person wurde Pflegezeit/Familienpflegezeit vereinbart:

☐ Ja ☐ Nein

Einwilligungserklärung
Die nachstehenden Einverständniserklärungen sind freiwillig. Hierbei geht es dem Medizinischen Dienst 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 Medizinische Dienst meinen behandelnden Arzt bzw. meine behandelnde Ärztin 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 meinen Arzt/meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht.

Vor- und Nachname behandelnder Arzt bzw. behandelnde Ärztin

Adresse (Straße, PLZ und Ort)

☐ dass der Medizinische Dienst meine pflegenden Angehörigen oder sonstige Personen oder Dienste, die an meiner Pflege beteiligt sind, befragt.

☐ dass die AOK die von mir im Zusammenhang mit diesem Antrag überlassenen Unterlagen an den Medizinischen Dienst 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.

Datenschutzhinweis: Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Nr. 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 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/nw/datenschutzrechte. Verantwortlich ist die AOK NordWest – Die Gesundheitskasse., Kopenhagener Str. 1, 44269 Dortmund. Den Stabsbereich Datenschutz erreichen Sie unter gleicher Adresse.

✕	✕	
Datum	Unterschrift	Telefonnummer für Rückfragen