

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

- Erstantrag
- Einstufung in einen höheren Pflegegrad
- Änderung der Pflegeleistung ab:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Eingangsstempel

Antragsdatum:

				2	0		
--	--	--	--	---	---	--	--

Name, Vorname des Pflegebedürftigen		Geburtsdatum											
PLZ:	Ort:												
Straße:		Telefonnummer:											
Versichertennummer:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												

Ich habe einen Betreuer	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja*
Ich habe einen Bevollmächtigten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja*
<small>· Wichtig! Bitte übersenden Sie uns zeitnah eine Kopie vom Betreuerbeschluss/-ausweis bzw. der Vollmacht, sofern uns die Betreuung oder Bevollmächtigung noch nicht angezeigt wurde.</small>		
Name, Vorname:		
PLZ:	Ort:	
Straße:		Telefonnummer:

Ich beantrage hiermit folgende Leistungen:

<input type="checkbox"/> Pflegegeld (für eine private Pflegeperson, z. B. Familienangehörige)
<input type="checkbox"/> Kombinationsleistung (Pflegesachleistung und Pflegegeld)
<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung (Leistungserbringung durch einen Pflegedienst/Sozialstation)
<input type="checkbox"/> Tages- oder Nachtpflege (teilstationäre Pflegeeinrichtungen)
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einem Pflegeheim
<input type="checkbox"/> Dauerhafte Pflege in einer Einrichtung für behinderte Menschen (Wohnheim, Außenwohngruppe)
<input type="checkbox"/> Antrag auf Pflegezeit (Bitte zusätzlich ankreuzen - gilt nur für Pflegepersonen die zur Pflege ihrer Angehörigen <u>eine Freistellung von der Arbeit/Berufstätigkeit</u> bis zu 6 Monaten beantragen wollen.)

.....
Name, Vorname

.....
Versichertennummer

Die Pflege wird durchgeführt von Angehörigen/Bekanntem nein ja, bitte angeben

.....
Name, Vorname der **Pflegeperson** Geburtsdatum

PLZ: Ort:

Straße: Telefonnummer:

Die Pflege wird zurzeit nicht im Haushalt des Pflegebedürftigen durchgeführt Ja, bitte angeben

.....

Name

.....

Vorname

.....

.....
Haus-Nr.

Straße

.....
PLZ

.....
Ort

PLZ

Ort

.....
Telefonnummer

Telefonnummer

Die Pflege wird durchgeführt von einem Pflegedienst / Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung / Pflegeheim / Behinderteneinrichtung

nein ja, bitte angeben

Name und Anschrift des Pflegedienstes

.....
Name des **Pflegedienstes**

.....
Anschrift

.....
Datum seit wann (geplant ab)

Name und Anschrift des Pflegeheimes, der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung oder der Behinderteneinrichtung

.....
Name des **Pflegeheimes der Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung bzw. der Behinderteneinrichtung**

.....
Anschrift

.....
Datum seit wann (geplant ab)

Angaben zum Hausarzt bzw. behandelnden Arzt:

.....
Name, Vorname **des behandelnden Arztes**

Anschrift:

Name, Vorname

Versichertennummer

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen bzw. habe Pflegeleistungen beantragt

Sozialamt	<input type="checkbox"/>	ja*/beantragt
Unfallversicherungsträger (Arbeitsunfall, Berufskrankheit)	<input type="checkbox"/>	ja*/beantragt
Versorgungsamt (Impfschaden, Wehrdienstschaden usw.)	<input type="checkbox"/>	ja*/beantragt
ausländischer Leistungsträger / Sonstiger Leistungsträger	<input type="checkbox"/>	ja*/beantragt
Ich habe Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften/Heilfürsorge, weil	<input type="checkbox"/>	ja*
- ich im öffentlichen Dienst beschäftigt bin/war		
- ich eine Hinterbliebenenversorgung aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis meines Ehegatten/eines Elternteils erhalte		
- mein Ehegatte/ein Elternteil im öffentlichen Dienst beschäftigt ist/war		
* Bitte eine Bescheinigung über die Höhe der Leistungen oder eine Kopie des Bescheides beifügen.		

Für die Überweisung der Pflegeleistungen ist die Angabe Ihrer Bankverbindung unbedingt erforderlich:

IBAN

Name und Anschrift des Kontoinhabers, falls abweichend vom Pflegebedürftigen

Name, Vorname:

PLZ: Ort:

Straße:

Bestätigung/Unterschrift des Versicherten

Hinweis zum Datenschutz

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI) zum Zweck der Bearbeitung Ihres Antrags auf Pflegeleistungen nach §§ 36 – 45b SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen §§ 36 – 45b SGB XI) führen. Mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welcher Pflegegrad vorliegt beauftragt die Pflegekasse den Medizinischen Dienst (MD) gemäß § 18 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI). Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/plus/datenschutzrechte.

Datum	Unterschrift des Versicherten/Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters